

Рекомендовано
Экспертным советом
РГП на ПХВ «Республиканский центр
развития здравоохранения»
Министерства здравоохранения
и социального развития
Республики Казахстан
от «12» декабря 2014 года
протокол № 9

КЛИНИЧЕСКИЙ ПРОТОКОЛ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ

АБСЦЕСС КОЖИ, ФУРУНКУЛ И КАРБУНКУЛ ДРУГИХ ЛОКАЛИЗАЦИЙ

I. ВВОДНАЯ ЧАСТЬ

1. Название протокола: Абсцесс кожи, фурункул и карбункул других локализаций

2. Код протокола:

3. Код(ы) МКБ-10:

L 02 Абсцесс кожи, фурункул и карбункул

4. Сокращения, используемые в протоколе:

УЗИ- ультразвуковое исследование

ЭКГ- электрокардиография

СОЭ – скорость оседания эритроцитов

ПМСП – первичная медико-санитарная помощь

АО – акционерное общество

5. Дата разработки протокола: 2014 год.

6. Категория пациентов: взрослые.

7. Пользователи протокола: хирурги, врачи/фельдшеры скорой медицинской помощи, фельдшеры.

II. МЕТОДЫ, ПОДХОДЫ И ПРОЦЕДУРЫ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ

8. Определение[1,2,3,4]:

Абсцесс – ограниченное капсулой скопление гноя, возникающее при острой или хронической очаговой инфекции и приводящее к тканевой деструкции в

очаге (нередко с перифокальным отеком). Абсцессы кожи и подкожной клетчатки: фурункул, карбункул. Чаще всего возбудителем является *Staphylococcus aureus*.

Фурункул – острое гнойно-некротическое воспаление волосяного фолликула и окружающих его тканей. В дальнейшем воспаление переходит на сальную железу и окружающую соединительную ткань. Наиболее часто наблюдается на участках кожи, подвергающихся загрязнению (предплечья, тыл кисти) и трению (задняя поверхность шеи, поясница, ягодичная область, бедра). Вызывается чаще *Staphylococcus aureus*, реже *Staphylococcus pyogenes albus*.

Фурункулез – это хроническое заболевание, при котором на различных участках кожи возникают множественные фурункулы.

Карбункул – острое гнойно-некротическое воспаление нескольких волосяных фолликулов и сальных желез с образованием обширного некроза кожи и подкожной клетчатки. Карбункул чаще развивается на задней поверхности шеи, межлопаточной и лопаточной областях, на пояснице, ягодицах, реже на конечностях. Возбудители – *Staphylococcus aureus* или стафилококковая инфекция, реже стрептококк.

9. Клиническая классификация: нет

10. Показания для госпитализации с указанием типа госпитализации:

Показания для экстренной госпитализации:

- распространенность гнойного процесса на 2 и более анатомические области;
- локализация фурункула или карбункула на лице выше носогубного треугольника;
- тяжелое течение абсцессов различной локализации с выраженным интоксикационным синдромом;
- развитие осложнений, в частности сепсиса;
- развитие гнойно-воспалительного процесса на фоне декомпенсированного сахарного диабета.

Показания для плановой госпитализации: не проводится.

11. Перечень основных и дополнительных диагностических мероприятий.

11.1 Перечень основных диагностических мероприятий, проводимых на амбулаторном уровне:

- сбор жалоб и анамнеза заболевания;
- физикальное обследование;
- общий анализ крови;
- биохимический анализ крови (глюкоза);
- посев гнойного отделяемого для определения вида возбудителя и чувствительности возбудителя к антибиотикам.

11.2 Дополнительные диагностические обследования, проводимые на амбулаторном уровне:

- УЗИ (в зависимости от локализации и глубины расположения абсцесса);
- рентгенография (в зависимости от локализации и глубины расположения абсцесса);
- микрореакция (для исключения специфической инфекции как возбудителя);
- ЭКГ (при выраженном интоксикационном синдроме).

11.3 Минимальный перечень обследования, который необходимо провести при направлении на плановую госпитализацию: не проводится

11.4 Основные (обязательные) диагностические обследования, проводимые на стационарном уровне (при экстренной госпитализации проводятся диагностические обследования непроведенные на амбулаторном уровне):

- общий анализ крови;
- анализ крови на ВИЧ методом ИФА;
- определение маркеров вируса гепатита В методом ИФА;
- определение маркеров вируса гепатита С методом ИФА;

11.5 Дополнительные диагностические обследования, проводимые на стационарном уровне (при экстренной госпитализации проводятся диагностические обследования непроведенные на амбулаторном уровне):

- биохимический анализ крови (глюкоза);
- микрореакция (для исключения специфической инфекции как возбудителя);
- определение группы крови;
- определение резус фактора крови;
- кровь на стерильность (при подозрении на сепсис);
- УЗИ (в зависимости от локализации и глубины расположения абсцесса);
- рентгенография (в зависимости от локализации и глубины расположения абсцесса);
- ЭКГ (при выраженном интоксикационном синдроме);
- посев гнойного отделяемого для определения вида возбудителя и чувствительности возбудителя к антибиотикам.

11.6 Диагностические мероприятия, проводимые на этапе скорой неотложной помощи:

12. Диагностические критерии[1,2,3,4]

12.1 Жалобы:

- повышение температуры тела;
- тошнота и рвота;
- потеря аппетита;
- сильная головная боль;
- бессонница;
- изредка бред/бессознательное состояние (при тяжелом течении заболевания);
- боль в области инфильтрата.

12.2 Физикальное обследование[1,2,3,4]

Физикальное обследование:

Фурункул: болезненный конусовидный инфильтрат с формирующимся гнойным стержнем, на вершине инфильтрата отмечается небольшое скопление гноя с чернойточкой (некроз) в центре. Пустула обычно прорывается и подсыхает, а на 3-7 сутки инфильтрат гнойно расплавляется и некротизированные ткани в виде стержня вместе с остатками волоса выделяются с гноем.

Карбункул: вначале появляется небольшой воспалительный инфильтрат с поверхностной пустулой, который быстро увеличивается в размере. Напряжение тканей приводит к возникновению резких болей при пальпации, а также распирающей, рвущей, самостоятельной боли. Кожа в области инфильтрата приобретает базовый оттенок, напряжена, отечна. Эпидермис над очагом некроза прорывается в нескольких местах, образуется несколько отверстий ("сито"), из которых выделяется густой зеленовато-серый гной. В отверстиях видны некротизированные ткани. Отдельные отверстия сливаются, образуя большой дефект в коже, через который вытекает много гноя и отторгаются некротические ткани.

Абсцесс: на коже заметно образование, заполненное жидким содержимым. Отмечается флюктуация. Кожа гиперемирована, выражен отек и болезненность. Могут отмечаться увеличение регионарных лимфатических узлов.

12.3 Лабораторные исследования:

Общий анализ крови: лейкоцитоз, ускорение СОЭ.

12.4 Инструментальные исследования:

- **УЗИ:** наличие полости с жидкостным компонентом неоднородной эхогенности.

12.5 Показания для консультации специалистов:

- консультация эндокринолога - при наличии сахарного диабета;
- консультация других специалистов при наличии сопутствующей патологии.

12.6 Дифференциальный диагноз:

Клиническая картина заболевания не требует проведения дифференциальной диагностики.

13. Цели лечения:

- очищение гнойной раны;
- заживление без образования грубого рубца;
- предупреждение развития осложнений.

14. Тактика лечения:

14.1 Немедикаментозная терапия:

Режим II, необходима иммобилизация области воспаления.

Стол №15 (общий).

14.2 Медикаментозное лечение:

Антибактериальная терапия:

- амоксициллин + клавулановая кислота, таблетки, покрытые пленочной оболочкой - 500 мг+125 мг, внутрь 3 раза/сут;
- цефалексин капсулы - 500 мг, внутрь 4 раза/сут;
- цефуроксим – 750мг; 500 мг, 2 раза/сут внутрь во время еды;
- эритромицин, таблетки, покрытые кишечнорастворимой оболочкой 500 мг, внутрь, 4 раза/сут;
- оксациллин, порошок для приготовления раствора для внутримышечных инъекций 500 мг, 4-6 раз/сут в/в, в/м;
- цефазолин, порошок для приготовления раствора для инъекций 1000 мг, 3-4 раза/сут в/в, в/м;
- цефтриаксон, порошок для приготовления раствора для инъекций 1000 мг 1 раз/сут в/м.

Обезболивающая терапия:

- трамадол, раствор для инъекций, 5 % - 2 мл;
- морфина гидрохлорид 2% 1 мл, раствор для внутривенной и внутримышечной инъекции;
- тримеперидин 2% -1 мл в растворе для внутривенной и внутримышечной инъекции;

Дезинтоксикационная терапия:

- Рингера лактата, раствор для инъекций, флакон, 400 мл;
- декстроза, раствор для инъекций, флакон, 5 % - 400 мл;

Местная терапия:

- натрия хлорид 7,5% раствор (для наружного применения).
- повидон-йод 1% раствор для наружного и местного применения;
- водорода пероксид раствор для наружного применения 3% - 25, 40 мл;

14.2.1 медикаментозное лечение, оказываемое на амбулаторном уровне:

Перечень основных лекарственных средств (имеющих 100% вероятность применения):

Антибиотики с учетом чувствительности микрофлоры:

- Амоксициллин + Клавулановая кислота, таблетки, покрытые пленочной оболочкой 500 мг+125 мг, внутрь 3 раза/сут;
- Цефалексин, капсулы 500 мг, внутрь 4 раза/сут;
- Цефуроксим – 750мг; 500 мг, 2 раза/сут внутрь во время еды;
- Эритромицин, таблетки, покрытые кишечнорастворимой оболочкой 500 мг, внутрь, 4 раза/сут;
- Кларитромицин, таблетки, покрытые пленочной оболочкой 500 мг, 2 раза/сут внутрь;
- Оксациллин, порошок для приготовления раствора для внутримышечных инъекций 500 мг, 4-6 раз/сут в/в, в/м;
- Цефазолин, порошок для приготовления раствора для инъекций 1000 мг, 3-4 раза/сут в/в, в/м.;
- цефтриаксон, порошок для приготовления раствора для инъекций 1000 мг, 1 раз/сут в/м.;
- Натрия хлорид 7,5% раствор для наружного применения;
- Повидон-йод 1% раствор для наружного и местного применения;
- Водорода пероксид раствор для наружного применения 3% - 25, 40 мл;
- Натрия хлорид, раствор для инъекций, флакон, 0,9%-400 мл;
- Рингера лактата, раствор для инъекций, флакон, 400 мл;
- Декстроза, раствор для инъекций, флакон, 5 % - 400 мл;
- Трамадол, раствор для инъекций, 5 % - 2 мл;
- Морфина гидрохлорид 2% 1 мл, раствор для внутривенной и внутримышечной инъекции;
- Тримеперидин 2% -1 мл в растворе для внутривенной и внутримышечной инъекции;
- Спирт этиловый, раствор для наружного и местного применения, 70%, 95 % флакон 100 мл;
- Хлоргексидина биглюконат, раствор для наружного и местного применения, флакон 250 мл;
- Трипсин + Химотрипсин лиофилизат для приготовления раствора для наружного и местного применения 50 мг.

Перечень дополнительных лекарственных средств (менее 100% вероятности применения):

- Аскорбиновая кислота 5% -2,0 в/м №10-15, поливит по 1 др. X 3 раза в день, 10 дней;
- Тиосульфат натрия 30% - 10,0 в/в ежедневно №10-15;
- Никотиновая кислота 1% 1,0 в/м №10-15 (улучшает углеводный обмен, микроциркуляцию, оказывает сосудорасширяющее действие и улучшает регенеративные свойства ткани);

- Активированный уголь – 6 таб. Утром натощак 10 дней;
- Настойка пустырника по 20 кап.х 3 раза в день в течение месяца;
- Метилурацил 500 мг х 3 раза в день, 10 дней; метронидазол по 250 мг х 3 раза в день-10 дней;
- Декстран 400 мл в/в 1 р в день, курсовая доза 800 мл.

14.2.2 медикаментозное лечение, оказываемое на стационарном уровне
Перечень основных лекарственных средств (имеющих 100% вероятность применения):

- Антибиотики с учетом чувствительности микрофлоры:
- Феноксиметилпенициллин – 0,25 г 4 раза/сут (при стрептококковой инфекции);
- Амоксициллин/клавуланат – 0,875-0,5 г, 3 раза/сут;
- Цефалексин 0,5-1,0 г, 4 раза/сут;
- Цефуроксимаксетил – 0,5 г, 2 раза/сут во время еды;
- Эритромицин 0,5 г, 4 раза/сут;
- Оксациллин 1-2 г, 4-6 раз/сут в/в, в/м;
- Цефазолин 1-2 г, 3 раза/сут в/в, в/м;
- Фузидиевая кислота 0,5-1 г, 3 раза/сут внутрь;
- Цефтриаксон 1, 0 г, 1 раз/сут в/м.
- Местно - 2% мазь или крем на основе мупироцина, 2% мазь или крем на основе натриевой соли фузидиевой кислоты; повидин-йод раствор 1%.

Перечень дополнительных лекарственных средств (менее 100% вероятности применения):

- Аскорбиновая кислота 5% -2,0 в/м №10-15, поливит по 1 др. X 3 раза в день, 10 дней.
- Тиосульфат натрия 30% - 10,0 в/в ежедневно №10-15.
- Никотиновая кислота 1% 1,0 в/м №10-15.
- Активированный уголь – 6 таб. Утром натощак 10 дней.
- Настойка пустырника по 20 кап.х 3 раза в день в течение месяца.
- Метилурацил 500 мг х 3 раза в день, 10 дней; метронидазол по 250 мг х 3 раза в день-10 дней.
- Декстран 400 мл в/в 1 р в день, курсовая доза 800 мл.

14.2.3 медикаментозное лечение, оказываемое на этапе скорой неотложной помощи: не проводится.

14.3. Другие виды лечения:

- применение барокамеры (при гнойно-некротической форме заболевания и при анаэробном возбудителе);
- энзимотерапия.

14.4. Хирургическое вмешательство[1,2,3,4]:

Фурункул:

Операция: вскрытие гнойного очага.

Показание для операции: плохое/неполное отторжение гнойно-некротического стержня.

- При фурункуле операция выполняется редко. Однако при плохом отторжении гнойно-некротического стержня кожа рассекается острым скальпелем. Рассекать фурункул нельзя, так как гнойная инфекция может распространиться на окружающие ткани.

Категорически запрещается выдавливать содержимое фурункула и делать массаж в области очага воспаления.

Карбункул:

Операция: вскрытие гнойного очага.

Показание для операции: нарастание интоксикации.

- Если консервативное лечение при карбункуле не эффективно, показанием для операции является нарастание интоксикации. Операция проводится под наркозом и заключается в крестообразном рассечении карбункула через всю толщу некроза до жизнеспособных тканей с иссечением некротических тканей и вскрытием затеков. Повязки с гипертоническим раствором натрия хлорида, мазью Вишневского или другим антисептиком.

Абсцесс:

Операция: вскрытие гнойного очага.

Показание для операции: абсцесс.

- Для вскрытия абсцесса выбирают самый короткий путь с учетом анатомических образований. Можно вначале пунктировать абсцесс, а затем по игле рассечь ткани. Удалив гной, разрез расширяют и иссекают некротические ткани. Полость обрабатывают растворами антисептиков и дренируют марлевыми тампонами с антисептиками, протеолитическими ферментами, антибиотиками, а также резиновыми дренажами. При плохом дренировании из основного разреза делают контрапертуру. Первые 2-3 дня рану перевязывают ежедневно и, когда она очистится от гноя и некротических тканей, переходят на редкие мажевые повязки. В некоторых случаях можно иссечь абсцесс в пределах здоровых тканей и наложить первичные швы с активной аспирацией из раны, что ускоряет ее заживление и позволяет добиться хорошего косметического эффекта.

14.5. Профилактические мероприятия (профилактика осложнений, первичная профилактика для уровня ПМСП, с указанием факторов риска).

Неспецифическая профилактика:

- соблюдение правил личной гигиены;
- полноценное питание.

14.6. Дальнейшее ведение:

Больной находится на стационарном лечении до очищения раны от гнойного отделяемого и появления грануляционной ткани. В последующем больной после выписки из стационара продолжает амбулаторное лечение. Необходимо продолжить перевязки раны с применением бактерицидные, антисептические препаратов и мазей.

15. Индикаторы эффективности лечения и безопасности методов диагностики и лечения, описанных в протоколе:

- очищение раны от гнойного отделяемого;
- появление грануляционной ткани;
- восстановление целостности кожных покровов;
- отсутствие осложнений.

III. ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ АСПЕКТЫ ВНЕДРЕНИЯ ПРОТОКОЛА:

16. Список разработчиков протокола с указанием квалификационных данных:

1. Кобландин Сарсенбы – д.м.н., профессор, заведующий кафедрой общей хирургии АО «Медицинский Университет Астана», врач высшей категории.
2. Рысбеков Мырзабек Мырзашевич – д.м.н., профессор кафедры общей хирургии АО «Медицинский Университет Астана», врач высшей категории.
3. Ахмадьяр Нуржамал Садыровна, д.м.н., старший клинический фармаколог АО «Национальный научный медицинский центр материнства и детства».

17. Указание на отсутствие конфликта интересов: нет.

18. Рецензенты:

Ташев Ибрагим Акжолович - доктор медицинских наук, профессор, заведующий хирургическим отделом АО «Национальный научный медицинский центр» г. Астана.

19. Указание условий пересмотра протокола: пересмотр протокола через 3 года и/или при появлении новых методов диагностики/ лечения с более высоким уровнем доказательности.

20. Список использованной литературы:

1. Петров С.В. Общая хирургия – 3-ие издание, переработанное и дополненное. – 2010. – 768 с.
2. Гостищев В.К. Оперативная гнойная хирургия. – М., Медицина. – 1996. – 416с.
3. Гриценко В.В., Игнатова Ю.Д. Амбулаторная хирургия. Справочник практического врача. - СПб.: Нева, М.: Олма-Пресс Звездный мир. – 2002. – 448 с.

4. Хирургия поликлинического врача - Низамов Ф.Х. – Тюмень. – 2002. – 140 с.