

Одобрен
Объединенной комиссией
по качеству медицинских услуг
Министерства здравоохранения
Республики Казахстан
от «29» марта 2019 года
Протокол №60

КЛИНИЧЕСКИЙ ПРОТОКОЛ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ

АБСЦЕСС КОЖИ, ФУРУНКУЛ И КАРБУНКУЛ ДРУГИХ ЛОКАЛИЗАЦИЙ

1. ВВОДНАЯ ЧАСТЬ:

1.1 . Код(ы) МКБ-10:

МКБ-10	
Код	Название
L 02	Абсцесс кожи, фурункул и карбункул

1.2 . Дата разработки/пересмотра протокола: 2014 год (пересмотр 2018 г.)

1.3 . Сокращения, используемые в протоколе:

УЗИ	—	ультразвуковое исследование
ЭКГ	—	электрокардиография
СОЭ	—	скорость оседания эритроцитов
ПМСП	—	первичная медико-санитарная помощь
АО	—	акционерное общество

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

1.5 . Категория пациентов: взрослые.

1.6 . Шкала уровня доказательности:

A	Высококачественный мета-анализ, систематический обзор РКИ или крупное РКИ с очень низкой вероятностью (++) систематической ошибки результаты которых могут быть распространены на соответствующую популяцию.
B	Высококачественный (++) систематический обзор когортных или исследований случай-контроль или Высококачественное (++) когортных или исследований случай-контроль с очень низким риском систематической ошибки или РКИ с невысоким (+) риском систематической ошибки, результаты которых могут быть распространены на соответствующую популяцию.

C	Когортное или исследование случай-контроль или контролируемое исследование без рандомизации с невысоким риском систематической ошибки (+). Результаты, которых могут быть распространены на соответствующую популяцию или РКИ с очень низким или невысоким риском систематической ошибки (++ или +), результаты которых не могут быть непосредственно распространены на соответствующую популяцию.
D	Описание серии случаев или неконтролируемое исследование или мнение экспертов.
GPP	Наилучшая фармацевтическая практика.

1.7. Определение:

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 гноино-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 гноино-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 стафилострептококковая инфекция, реже стрептококк.

1.8 . Классификация: нет

2. МЕТОДЫ, ПОДХОДЫ И ПРОЦЕДУРЫ ДИАГНОСТИКИ:

Жалобы:

Жалобы на болезненную припухлость и покраснение кожи, чувство жара, распаривания в очаге поражения.

- Наиболее частая локализация – места, подвергающиеся загрязнению (лицо) и трению (задняя поверхность шеи, поясница, ягодицы, задняя поверхность бедер)
- повышение общей температуры тела;
- тошнота и рвота;
- потеря аппетита;
- сильная головная боль;
- бессонница;
- локальная боль и температура.

· **Анамнез:**

Инкубационный период от 3 до 5 дней.

· **Абсцесс:**

- в начальной стадии определяется разлитой болезненный инфильтрат горячей на ощупь гиперемированной кожи и подкожной клетчатки;
- через 3 - 4 дня в центре его появляется флюктуация, кожа в центре инфильтрата становится более тонкая и темная, а границы его – более четкие;
- на 4 - 7 сутки происходит вскрытие абсцесса, как правило, в центре участка флюктуации и отторжение жидкого гноя. При этом болезненность уменьшается, гиперемия приобретает синюшные или буроватые оттенки, а инфильтрат – четкие границы (формируется пиогенная мембрана);
- после заживления остается втянутый рубец.

· **Фурункул:**

- стадия серозного инфильтрата - на 1 – 2 сутки заболевания формируется болезненный конусовидный инфильтрат на фоне интенсивной гиперемии 1 – 2 см в диаметре с нечеткими границами;
- гнойно-некротическая стадия – на 3 – 4 сутки на вершине инфильтрата появляется пустула с некротической вершиной («некротический стержень») в центре;
- стадия отторжения некротического стержня – на 4-6 сутки происходит гнойное расплавление инфильтрата и некротизированные ткани в виде стержня отторгаются, оставляя после себя кратерообразную рану. Боли, отек и гиперемия уменьшаются. Кожа вокруг раны приобретает синюшные или буроватые оттенки.
- после заживления на месте фурункула остается втянутый рубец.

· **Карбункул** – в целом стадийность кожного процесса аналогична таковой при фурункуле, однако при карбункуле инфильтрат крупнее за счет формирования нескольких сгруппированных гнойно-некротических стержней. После их отторжения остается обширная медленно заживающая язва неправильной формы с неровным дном. Рубец на месте язвы крупный грубый втянутый, имеет «мозаичный» вид.

- Волосы и ногти не поражены.
- Общие симптомы – лихорадка, лимфаденопатия.
- Осложнения: лимфаденит, тромбоз венозных синусов твердой мозговой оболочки, менингит, сепсис

Физикальное обследование:

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

Карбункул: вначале появляется небольшой воспалительный инфильтрат с поверхностью 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.

Лабораторные исследования:

- общий анализ крови;
- биохимический анализ крови (глюкоза);
- посев гноиного отделяемого для определения вида возбудителя и чувствительности возбудителя к антибиотикам.
- анализ крови на ВИЧ методом ИФА;
- определение маркеров вируса гепатита В методом ИФА;
- определение маркеров вируса гепатита С методом ИФА;
- кровь на стерильность (при подозрении на сепсис). микрореакция (для исключения специфической инфекции как возбудителя);
- определение группы крови;
- определение резус фактора крови;

Инструментальные исследования:

- 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 выраженному интоксикационном синдроме).

Показания для консультации специалистов

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

Дифференциальный диагноз: нет.

3. ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ НА АМБУЛАТОРНОМ УРОВНЕ:

Цели лечения:

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

3.1 Немедикаментозное лечение:

Режим II, необходима иммобилизация области воспаления.

- Стол №15(общий)

3.2 Медикаментозное лечение:

Антибактериальная терапия:

- амоксициллин + клавулановая кислота, таблетки, покрытые пленочной оболочкой -500 мг+125 мг,внутрь 3 раза/сут (A);
- цефалексин капсулы -500 мг, внутрь 4 раза/сут (B);
- цефуроксим –750мг; 500 мг, 2 раза/сут внутрь во время еды (B);
- эритромицин, таблетки, покрытые кишечнорастворимой оболочкой 500 мг, внутрь, 4 раза/сут (B);
- 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; (A)
- 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; (B)
- 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; (A)

Местная терапия:

- натрия хлорид 10% раствор (для наружного применения).
- повидон-йод 1% раствор для наружного и местного применения;
- водородапероксид раствор для наружного применения 3% -25, 40 мл

3.3 Хирургическое вмешательство: смотрите подпункт 5.6.

3.4 Дальнейшее ведение: перевязки раны с применением бактерицидные, антисептические препаратов и мазей, 10% раствора натрия хлора.

3.5 Индикаторы эффективности лечения:

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

4. ПОКАЗАНИЯ ДЛЯ ГОСПИТАЛИЗАЦИИ С УКАЗАНИЕМ ТИПА ГОСПИТАЛИЗАЦИИ:

4.1 Показания для экстренной госпитализации:

- распространность 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.

4.2 Показания для плановой госпитализации: не проводится

5. ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ НА СТАЦИОНАРНОМ УРОВНЕ:

Цели лечения:

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

5.3 Карта наблюдения пациента, маршрутизация пациента: нет.

5.4 Немедикаментозное лечение: Режим II, необходима иммобилизация области воспаления.

- Стол №15(общий)

5.5 Медикаментозное лечение:

Антибактериальная терапия:

- амоксициллин + клавулановая кислота, таблетки, покрытые пленочной оболочкой -500 мг+125 мг,внутрь 3 раза/сут (A);
- цефалексин капсулы -500 мг, внутрь 4 раза/сут (B);
- цефуроксим –750мг; 500 мг, 2 раза/сут внутрь во время еды (B);
- эритромицин, таблетки, покрытые кишечнорастворимой оболочкой 500 мг, внутрь, 4 раза/сут (B);
- 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; (A)
- 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; (B)
- 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; (A)

Местная терапия:

- натрия хлорид 10% раствор (для наружного применения).

- повидон-йод 1% раствор для наружного и местного применения;
- водородапероксид раствор для наружного применения 3% -25, 40 мл

5.6 Хирургическое вмешательство:

Фурункул

Операция: вскрытие гнойного очага.

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

При фурункуле операция выполняется редко. Однако при плохом отторжении гноиного-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 мазевые 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.

5.7 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, 10% раствора натрия хлора.

5.8 Индикаторы эффективности лечения:

- очищение раны от гнойного отделяемого;

- появление грануляционной ткани;
- восстановление целостности кожных покровов;
- отсутствие осложнений.

6. ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ АСПЕКТЫ ПРОТОКОЛА:

6.1. Список разработчиков протокола с указанием квалификационных данных:

- 1) Медеубеков Улугбек Шалхарович – доктор медицинских наук, профессор, заместитель председателя правления АО «Национальный научный центр хирургии им. А.Н. Сызганова».
- 2) Мурадов Мисмил Исламович – кандидат медицинских наук, заведующий отделением реконструктивно-пластической микрохирургии АО «Национальный научный центр хирургии им. А.Н. Сызганова».
- 3) Мухамедкерим Канат Базарбекович – старший сотрудник отделения реконструктивно-пластической микрохирургии АО «Национальный научный центр хирургии им. А.Н. Сызганова».
- 4) Калиева Мира Маратовна – кандидат медицинских наук, клинический фармаколог АО «Национальный научный центр хирургии им. А.Н. Сызганова».

6.2. Указание на отсутствие конфликта интересов: нет.

6.3. Рецензенты:

- 1) Ибадильдин Амангельды Сейтказинович – доктор медицинских наук, профессор кафедры хирургических болезней НАО «Национальный медицинский университет».

6.4. Указание условий пересмотра протокола: пересмотр протокола через 5 лет и/или при появлении новых методов диагностики/ лечения с более высоким уровнем доказательности.

6.5. 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. – 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.
- 5) Anti-Infective Review Panel. (2013). *Anti-infective guidelines for community-acquired infections*. Toronto: MUMS Guideline Clearinghouse.
- 6) Liu, C., Bayer, A., Cosgrove, S. E., Daum, R. S., Fridkin, S. K., Gorwitz, R. J., ... Chambers, H. F. (2011). Clinical practice guidelines by the infectious diseases society of America for the treatment of methicillin-resistant staphylococcus aureus: Infections in adults and children. *Clinical Infectious Diseases*, 52(3), e18–e55. <http://doi.org/10.1093/cid/ciq146>
- 7) Dunphy, L. M., Winland-Brown, J. E., Porter, B. O., & Thomas, D. J. (2015).

Primary care: The art and science of advanced practice nursing. (4th ed.). Philadelphia: F.A. Davis Company.