СТАФИЛОКОККОВЫЕ И СТРЕПТОКОККОВЫЕ ПИОДЕРМИИ:
ФОЛЛИКУЛИТ, СИКОЗ, ФУРУНКУЛ, КАРБУНКУЛ, ГИДРАДЕНИТ, СТРЕПТОКОККОВОЕ ИМПЕТИГО, РОЖИСТОЕ ВОСПАЛЕНИЕ.
СЕПСИС.

СТАФИЛОКОККОВЫЕ И СТРЕПТОКОККОВЫЕ ПИОДЕРМИИ

Пиодермии – воспалительные заболевания кожи, вызываемые гноеродными микроорганизмами.

Этиология. Основными возбудителями пиодермий являются стафилококки и стрептококки. Другие микроорганизмы вызывают пиодермии менее чем в 1% случаев.

Патогенез. Стафилококки и стрептококки присутствуют в воздухе помещений, в пыли, на одежде и коже человека. Они могут также попасть на кожу из очагов хронической гнойной инфекции (тонзиллит, гайморит, пародонтоз, отит и др.). Развитие гнойничковых заболеваний кожи определяется не столько вирулентностью возбудителя, сколько состоянием защитных сил макроорганизма.

К экзогенным факторам, способствующим возникновению пиодермий, относятся микротравмы, загрязнение кожи, снижение её бактерицидных свойств из-за действия химических веществ (органические растворители, смазочные масла, щелочные растворы), нерациональное питание с недостаточным количеством витаминов, белков, с избытком углеводов и др.

Эндогенными факторами являются снижение иммунитета, в том числе вследствие применения иммуносупрессивных препаратов, антибиотиков, гиповитаминозы, диабет, гиперхолестеринемия, хронические истощающие заболевания, анемия, желудочно-кишечные расстройства, патология желез внутренней секреции (болезнь Кушинга, гипер- и гипотиреоз) и пр.

Стафилококковые пиодермии (стафилодермии) характеризуются развитием очагов гнойного воспаления с отчетливой локализацией в волосяном фолликуле, сальных или потовых железах. К стафилодермиям относят:

- фолликулит;
- сикоз;
- фурункул;
- карбункул;
- гидраденит.

ФОЛЛИКУЛИТ

Фолликулит – гнойное воспаление волосяного фолликула.

Выделяют поверхностный и глубокий фолликулит.

Поверхностный фолликулит проявляется в виде поверхностных мелких пустулезных высыпаний величиной с булавочную головку, с гнойным содержимым, окруженных венчиком красного цвета. Высыпания единичные или множественные, без тенденции к слиянию.

Микроскопически в устье волосяного фолликула под роговым слоем располагается полость, заполненная фибрином, лейкоцитами, остатками расплавленных протеолитическими ферментами клеток эпидермиса. Возле пустулы в сосочковом слое дермы определяются полнокровные сосуды, вокруг которых видны воспалительные инфильтраты из полиморфно-ядерных лейкоцитов и лимфоцитов. После вскрытия пузыря на месте полости образуется корочка из фибрина и ядерных остатков нейтрофильных гранулоцитов.

Глубокий фолликулит отличается распространением воспалительного процесса из устья на весь фолликул и перифолликулярную ткань. В результате развивается гнойное расплавление фолликула.

Поверхностный фолликулит завершается полной регенерацией, иногда с легкой пигментацией на его месте. В исходе глубокого фолликулита образуется небольшой рубец.

СИКОЗ

Сикоз – фолликулит с хроническим рецидивирующим течением, с локализацией на волосистых частях тела, чаще всего в области усов, бороды, ресниц, бровей, в носовых ходах, на лобке.

Сикоз проявляется в виде гнойников, пронизанных в центре волосом, которые сливаются в четко очерченные бляшки. Процесс склонен к распространению на соседние участки кожи, сопровождается, за счет слияния расположенных рядом перифолликулярных инфильтратов, уплотнением дермы.

Микроскопически при сикозе в воспалительном инфильтрате преобладают лимфоциты, гистиоциты и плазматические клетки.

ФУРУНКУЛ

Фурункул – гнойное воспаление с некрозом и расплавлением волосяного фолликула, сальной железы и перифолликулярной соединительной ткани.

Фурункул может возникать в любом участке кожи, где есть волосяные фолликулы. Его развитие начинается с появления, вокруг инфицированного стафилококками волосяного фолликула, плотного воспалительного очага красного цвета с нечеткими границами. Он конусообразно возвышается над поверхностью кожи, достигая 1-3 см в диаметре. На 3-4-е сутки в центре фурункула появляется флюктуация, формируется фокус гнойного расплавления ("стержень фурункула"), который вскрывается наружу.

Микроскопически определяется обильная инфильтрация лейкоцитами волосяного фолликула, сальной железы и окружающих тканей. Имеют место перифокальное полнокровие и отек дермы. Образовавшаяся при вскрытии фурункула язва заполняется грануляционной тканью, на месте которой постепенно формируется втянутый рубец.

Наибольшее клиническое значение имеют фурункулы на лице, что связано с особенностями венозного оттока и наличием анастомозов с кавернозным синусом мозга. Травматизация фурункула при попытке выдавливания или во время бритья может осложниться тромбофлебитом вен лица, менингоэнцефалитом, сепсисом.

КАРБУНКУЛ

Карбункул – очаг воспаления, в составе которого несколько расположенных рядом фурункулов.

В отличие от фурункула после вскрытия гнойников процесс не прекращается, а прогрессирует с развитием крупных очагов некроза. После отторжения некротических масс формируются обширные и глубокие язвы. На месте заживших язв образуются деформирующие рубцы.

ГИДРАДЕНИТ

Гидраденит – гнойное воспаление апокриновых потовых желез, расположенных в подмышечных впадинах, вокруг сосков, за ушными раковинами, паховых складках и в области промежности.

Процесс начинается с глубокого инфильтрата в потовых железах, захватывающего подкожный жировой слой. В клетчатке появляются плотные узлы, которые увеличиваются в размерах и выбухают над поверхностью кожи в виде сосков (устаревшее название «сучье вымя»). В дальнейшем пораженный участок становится синюшным, в центре инфильтрата появляется гнойный очаг. Гнойный стержень, типичный для фурункула, не образуется. После вскрытия гнойника формируется рубец.

Микроскопически процесс характеризуется обильной лейкоцитарной инфильтрацией пораженных апокриновых потовых желез и окружающей клетчатки.

Стрептококковые пиодермии (стрептодермии) обычно протекают без поражения волосяных фолликулов, сальных и потовых желез, характерного для стафилодермий.

СТРЕПТОКОККОВОЕ ИМПЕТИГО

Стрептококковое импетиго – наиболее типичная поверхностная форма стрептодермии.

Наблюдается преимущественно у детей и молодых женщин. В детских коллективах возможны эпидемические вспышки. Обычно поражаются открытые участки кожи (лицо, околоушные зоны, конечности).

Процесс начинается с появления небольшого красного пятна, на месте которого образуется тонкостенный пузырь (**фликтена**), с прозрачным, мутноватым или кровянистым содержимым, окруженный венчиком эритемы.

Микроскопически пузырек располагается под роговым слоем эпидермиса, его дном служит зернистый слой. Содержимым фликтены является серозный экссудат с нейтрофильными гранулоцитами, лимфоцитами и эритроцитами. В экссудате обнаруживается большое количество стрептококков. В дерме под пузырем – полнокровие, отек, инфильтрация полиморфно-ядерными лейкоцитами с примесью лимфоцитов. В последующем пузырь вскрывается, на его месте образуется толстая серая корка. При прогрессировании процесса фликтены и корки увеличиваются в размерах и количестве, сливаются друг с другом. Распространение воспаления с вовлечением всей толщи эпидермиса и подлежащих участков дермы получило название **эктима**. Формируется язва, прикрытая плотно прикрепленной коркой, дно и края которой инфильтрированы лимфоцитами с примесью большого числа нейтрофилов. При заживлении корки отпадают, на их месте остается легкая пигментация.

Осложнениями стрептококкового импетиго являются лимфангит и регионарный лимфаденит, у детей возможно развитие гломерулонефрита.

РОЖИСТОЕ ВОСПАЛЕНИЕ

Рожистое воспаление (от фр. rouge – «красный») – острая стрептококковая инфекция кожи и подкожной клетчатки с вовлечением в процесс лимфатических сосудов.

Процесс чаще локализуется на коже лица и конечностей и начинается с появления небольшого участка эритемы, который быстро увеличивается, становится насыщенно красным. Очаг воспаления имеет четкие границы, неправильные очертания, возвышается над поверхностью окружающей кожи. Эпидермис может расслоиться с образованием пузырей с прозрачной жидкостью.

Микроскопически в зоне поражения определяются отек, выраженная гиперемия, инфильтрация полиморфно-ядерными лейкоцитами и лимфоцитами. Иногда возникают микроабсцессы и в редких случаях – некроз. Возбудитель распространяется по ходу лимфатических сосудов, при этом воспаление перемещается на периферию, а в центре очага процесс затихает и кожа приобретает нормальный вид.

Стафилококковую и стрептококковую этиологию имеют абсцессы и флегмоны кожи и клетчатки, а также панариций, представляющий собой острое гнойное воспаление мягких тканей пальцев рук и ног и паронихия – воспаление околоногтевых валиков.

СЕПСИС

Сепсис (греч. sēpsis гниение) – общий инфекционный процесс с ациклическим течением, вызываемый различными микроорганизмами, обычно поступающими в кровь из местного воспалительного очага, протекающий с выраженными системными проявлениями.

В вопросах этиологии, патогенеза сепсиса, его клинических и морфологических проявлений, а также определения этого процесса, до сих пор нет единого мнения.

В последние годы сепсис отождествляют с синдромом системной воспалительной реакции на инфекцию различной природы. Эта точка зрения расширяет понятие «сепсис», включая в него любую инфекцию, в том числе местную, имеющую жизнеугрожающее течение.

Синдром системной воспалительной реакции (ССВР) представляет собой комплекс следующих симптомов:

- температура тела выше 38°С или ниже 36°С;
- частота сердечных сокращений более 90 ударов в минуту;
- частота дыхания более 20 в минуту или парциальное давление углекислого газа (p_aCO_2) ниже 32 мм рт.ст.;
- количество лейкоцитов более $12x10^9$/л или менее $4x10^9$/л, либо увеличение количества палочкоядерных нейтрофилов более чем на 10%.

ССВР могут вызывать различные причины, не только биологические. Он может развиться при гипоксии, шоке, ожогах, остром панкреатите, объемных хирургических операциях, травмах и другой тяжелой патологии.

Морфологически при ССВР развиваются стереотипные изменения в виде нарушений микроциркуляции с гиперемией, развитием гемостазов, диапедезных кровоизлияний, множественных мелких очагов некроза в органах.

Установлено, что непосредственная причина генерализованного воспаления при сепсисе – неконтролируемый выброс в инфекционном очаге эндогенных медиаторов воспаления (так называемый "медиаторный хаос") и недостаточность механизмов, ограничивающих их повреждающее действие. Это приводит к расстройству функций органов и систем, и полиорганной недостаточности.

ССВР является неотъемлемым атрибутом сепсиса. С учетом этого выделяют три формы сепсиса:

- Сепсис – синдром системной воспалительной реакции в ответ на инвазию микроорганизмов (очаг инфекции + два или более признака ССВР).
- Тяжёлый сепсис (сепсис с дисфункцией органов, гипотензией, нарушением тканевой перфузии, с острым нарушением мозгового кровообращения).

- Септический шок (сепсис с признаками тканевой и органной гипоперфузии, артериальной гипотонией (АД менее 90 мм рт.ст.), не устранимой с помощью инфузионной терапии и требующей введения катехоламинов).

Сепсис обладает рядом особенностей, принципиально отличающих его от других инфекций.

- У сепсиса отсутствует специфический возбудитель. Его вызывают различные микроорганизмы или патогенные грибы, кроме вирусов (стафилококки, синегнойная палочка, клебсиелла, протей, реже – стрептококки, пневмококки, менингококки и др.). В 60-70% случаев это грамотрицательные микроорганизмы, в 30-40% – грамположительные.
- Сепсис, как правило, не имеет каких-либо специфических особенностей, зависящих от характера возбудителя.
- Сепсис не заразен.
- Сепсис не воспроизводится в эксперименте.
- В течении сепсиса отсутствует цикличность, свойственная многим инфекционным заболеваниям.
- После излечения сепсис не оставляет иммунитета.

Формы течения сепсиса:

- молниеносная,
- острая,
- подострая,
- хроническая,
- рецидивирующая.

Патоморфология включает местные и общие изменения.

Подобно другим инфекциям, при сепсисе имеются входные ворота, в которых обычно развивается очаг гнойного воспаления (септический очаг). Он сопровождается регионарным лимфаденитом и септическим тромбофлебитом с гнойным расплавлением тромба. Развивающаяся бактериальная эмболия и тромбоэмболия приводят к гематогенной генерализации инфекции с возникновением во внутренних органах абсцессов и инфарктов. Такой патогенез имеет место не при всех вариантах сепсиса.

В зависимости от локализации входных ворот различают следующие виды сепсиса:

- Терапевтический, развивающийся при инфекционных или неинфекционных заболеваниях.
- Хирургический, или раневой, входными воротами при котором является операционная рана, в том числе после вскрытия гнойного очага. К этой форме относят ожоговый сепсис.
- Катетеризационный сепсис, развивающийся при гнойном тромбофлебите в месте катетеризации подключичной или других вен.
- Маточный, или гинекологический – сепсис с входными воротами в матке или в её придатках.
- Пупочный сепсис, развивается у новорожденных из очага в области культи пуповины.

- Тонзилогенный – сепсис, развивающийся при гнойных ангинах, заглоточном абсцессе и др.
- Одонтогенный сепсис.
- Отогенный сепсис – следствие гнойного отита.
- Урогенный – с септическим очагом в почках или мочевых путях при их гнойных заболеваниях.
- Криптогенный – сепсис, при котором входные ворота неизвестны.

В настоящее время считается, что входные ворота не имеют значения при лечении сепсиса. Поэтому, данная классификация демонстрирует лишь разнообразие патологии, при которой возможно развитие этого состояния.

Патологическая анатомия дает более глубокое и точное представление о сепсисе, чем клиническое понятие об этом заболевании.

Классическая патологическая анатомия выделяет четыре клинико-морфологических вида сепсиса:

- септицемия;
- септикопиемия;
- бактериальный (септический) эндокардит;
- хрониосепсис.

СЕПТИЦЕМИЯ

Септицемия – форма сепсиса, имеющая быстрое течение, без септических гнойных метастазов, с выраженной гиперергической реакцией организма.

Существование этой формы сепсиса является спорным, поскольку она протекает по типу бактериального шока.

В большей части случаев септицемия вызывается грамотрицательной микрофлорой.

Патоморфология септицемии является отражением выраженной интоксикации и гиперергии и включает следующие изменения:

- гемолиз эритроцитов, геморрагический синдром;
- васкулиты с фибриноидным некрозом стенок сосудов;
- межуточное воспаление различных органов;
- гиперпластические изменения селезёнки и лимфатической ткани;
- дистрофические изменения паренхиматозных органов.

Обычно у больных быстро развиваются септический шок, полиорганная недостаточность, в результате чего наступает смерть. Отчасти поэтому не всегда успевают развиться отчётливые гиперпластические изменения селезёнки и лимфатической ткани. У умерших от септицемии на вскрытии часто обнаруживают ДВС-синдром, шоковые почки, шоковые лёгкие со сливающимися множественными кровоизлияниями, в печени наблюдаются центролобулярные некрозы и холестаз, в паренхиматозных органах – жировая дистрофия.

СЕПТИКОПИЕМИЯ

Септикопиемия – форма сепсиса, характеризующаяся бактериальной эмболией из входных ворот инфекции с образованием метастатических гнойников во многих органах и тканях.

В отличие от септицемии заболевание протекает менее бурно. Главная роль в развитии септикопиемии принадлежит грамположительным возбудителям.

Патоморфология. Для септикопиемии характерен септический очаг с гнойным лимфангитом, лимфаденитом и гнойным тромбофлебитом. Последний служит источником тромбобактериальной эмболии. Первые гнойные метастазы появляются в легких. В последующем, при распространении воспалительного процесса на легочные вены, гнойники возникают в других органах системы большого круга кровообращения – в печени, почках, подкожной клетчатке, костном мозге, в синовиальных оболочках, клапанах сердца (острый септический полипозно-язвенный эндокардит). Формированмие метастатических очагов может происходить не только вследствие бактериальной эмболии. Не исключается предварительное развитие некротического аллергического васкулита с последующей фиксацией в этом месте микробов.

Гиперпластические процессы в лимфатической (иммунокомпетентной) и кроветворной тканях выражены слабо. Поэтому лимфатические узлы резко не увеличиваются, однако селезенка может быть типично септической, причем в пульпе ее обнаруживается большое число лейкоцитов (септический лейкоцитоз селезенки). Межуточные воспалительные реакции в паренхиматозных органах весьма умеренны или отсутствуют.

СЕПТИЧЕСКИЙ ЭНДОКАРДИТ

Септический (бактериальный) эндокардит – форма сепсиса, при которой входные ворота инфекции и септический очаг расположены на створках клапанов сердца.

Этиология. Наиболее часто септический эндокардит вызывают стрептококки, энтерококки, реже стафилококки, патогенные грибы и др. Различают первичный бактериальный эндокардит (болезнь Черногубова), который развивается на интактных клапанах и вторичный. Последнему предшествуют ревматическое поражение клапанов сердца, врожденный порок, протезирование клапана, гипертрофическая кардиомиопатия и другие заболевания. Бактериальный септический эндокардит не относится к осложнениям ревматических заболеваний, он является самостоятельной болезнью.

Первичный септический эндокардит развивается примерно в 25% наблюдений, вторичный – в 75% случаев этой формы сепсиса.

Выделены следующие формы течения септического эндокардита:

- Острая, длительностью около 2 недель, встречается редко.
- Подострая протекает до 3 месяцев.
- Хроническая или затяжная форма занимает месяцы и годы (затяжной септический эндокардит или sepsis lenta).

В 53% случаев бывает поражён аортальный клапан, в 16% – митральный, в 19% – трикуспидальный, в 27% имеет место сочетанное поражение аортального и митрального клапанов.

Патогенез септического эндокардита связан с образованием циркулирующих иммунных комплексов из антигенов возбудителей, антител к ним и комплемента при извращённом ответе иммунной системы. Характерна тетрада повреждений:

- клапанный эндокардит;
- васкулит;
- поражение почек и селезёнки;
- изменения, обусловленные тромбоэмболическим синдромом.

Патоморфология. На створках клапанов сердца видны колонии микроорганизмов и очаги некроза с изъязвлением. На язвенных дефектах клапанов образуются массивные тромботические наложения в виде полипов, которые быстро организуются и нередко обызвествляются. Язвенные дефекты створок клапанов приводят к образованию их аневризм или перфорации створки. Иногда происходит отрыв створки клапана с развитием острой сердечной недостаточности. В миокарде нередко возникает продуктивное межуточное воспаление.

Тромботические наложения на клапанах сердца – источник развития тромбоэмболов. При этом в разных органах (лёгких, селезёнке, почках, кишечнике, головном мозге) образуются инфаркты.

Характерны распространённые изменения микроциркуляторного русла с появлением очагов фибриноидного некроза в стенках сосудов. Это приводит к разрыву сосуда и кровоизлиянию, а также к тромбозу и очагам некроза. Такие осложнения в головном мозге имеют фатальное значение. Развивается геморрагический синдром с множественными петехиальными кровоизлияниями в коже и подкожной клетчатке (пятна Джейнуэя), конъюнктиве глаз (пятна Лукина-Либмана).

В почках возникает иммунокомплексный диффузный гломерулонефрит, нередко сочетающийся с инфарктами почек.

Селезёнка резко увеличена, капсула её напряжена, при разрезе пульпа малинового цвета, даёт обильный соскоб (септическая селезёнка), часто обнаруживают инфаркты селезёнки и рубцы после них. В паренхиматозных органах – жировая и белковая дистрофия.

Смерть наступает от тромбоэмболических осложнений, кровоизлияния в мозг, от острой или хронической сердечной недостаточности, обусловленной поражением клапанов сердца.

ХРОНИОСЕПСИС

Хрониосепсис – форма сепсиса, которая характеризуется наличием длительно незаживающего обширного гнойного очага и резко сниженной реактивностью организма.

Процесс был выделен как форма сепсиса во время второй мировой войны у раненых с обширными очагами нагноения. Несмотря на лечение, эти

молодые солдаты не выздоравливали и погибали через 9-10 месяцев при явлениях травматического истощения, интоксикации и присоединившегося вторичного амилоидоза.

Хрониосепсис в настоящее время не рассматривается как форма сепсиса.

Макропрепараты:

№ 81. Септический эндометрит.

Матка с шейкой несколько увеличена в размерах, вскрыта по передней срединной линии. Эндометрий темно серого цвета с наличием светло серых наложений. Периметрий – гладкий.

Клиническое значение.

Эндометрит – воспаление внутренней оболочки матки (эндометрия). Развитие септического эндометрита обычно связано с родами, включая кесарево сечение и абортами, при этом инфицирование происходит обычно восходящим путем, но возможен также гематогенный, лимфогенный и интраамниальный варианты инфицирования. После родов или аборта внутренняя оболочка матки представляет собой раневую поверхность, заживление которой происходит через воспаление. Организм женщины в условиях инфицированного воспаления будет испытывать эндогенную интоксикацию, и соответственно очень высока вероятность развития септического состояния. Клиническая картина послеродового эндометрита характеризуется высокой температурой, лейкоцитозом, болезненностью и пастозностью матки, гноевидными выделениями. Смертность пациенток с послеродовым эндометритом составляет 6-8% на 100000 новорожденных.

№ 233. Инфекционный эндокардит аортального клапана.

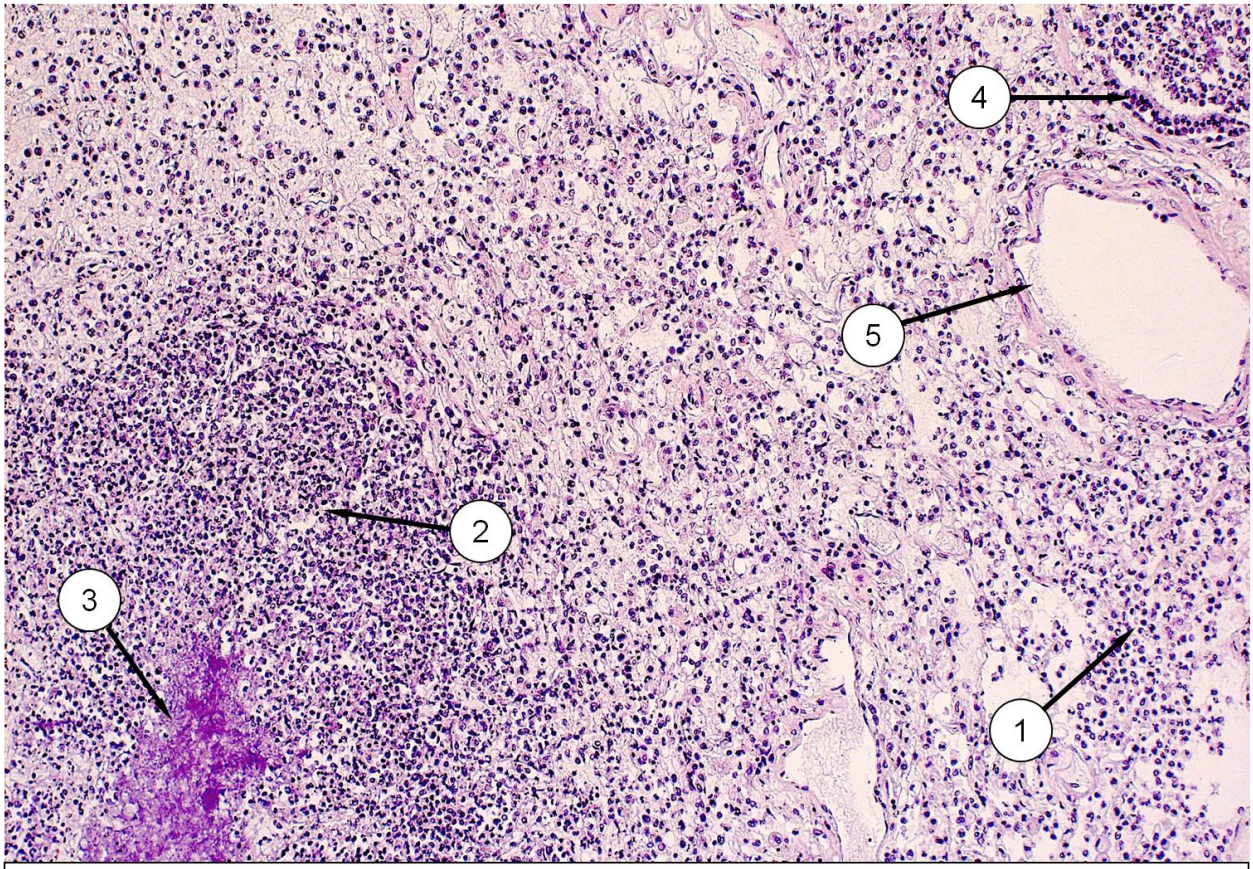
Сердце со вскрытыми левым желудочком и устьем аорты. На створках аортального клапана определяются полиповидные наложения серо-желтого цвета, имеется также дефект одной из створок клапана с неровными краями. Эндокард в остальных участках – гладкий.

Клиническое значение.

Инфекционный эндокардит – инфекционное воспаление внутренней оболочки сердца, чаще всего локализующееся в области клапанов сердца. При этом наиболее часто поражается аортальный клапан. Патогенетически развитие инфекционного эндокардита проходит 3 стадии: 1) бактериемия; 2) прикрепление микроорганизмов к эндокарду (к.п. клапанному); 3)инвазия микроорганизмов с развитием воспаления. Наиболее частым этиологическим

фактором инфекционного эндокардита является золотистый стафилококк. В клинической картине практически всегда присутствует лихорадка, в 85% случаев присутствуют шумы сердца. Несколько реже встречаются петехиальные кровоизлияния в коже, кровоизлияния в области ногтевого ложа, узелки Ослера, кровоизлияния в сетчатку.

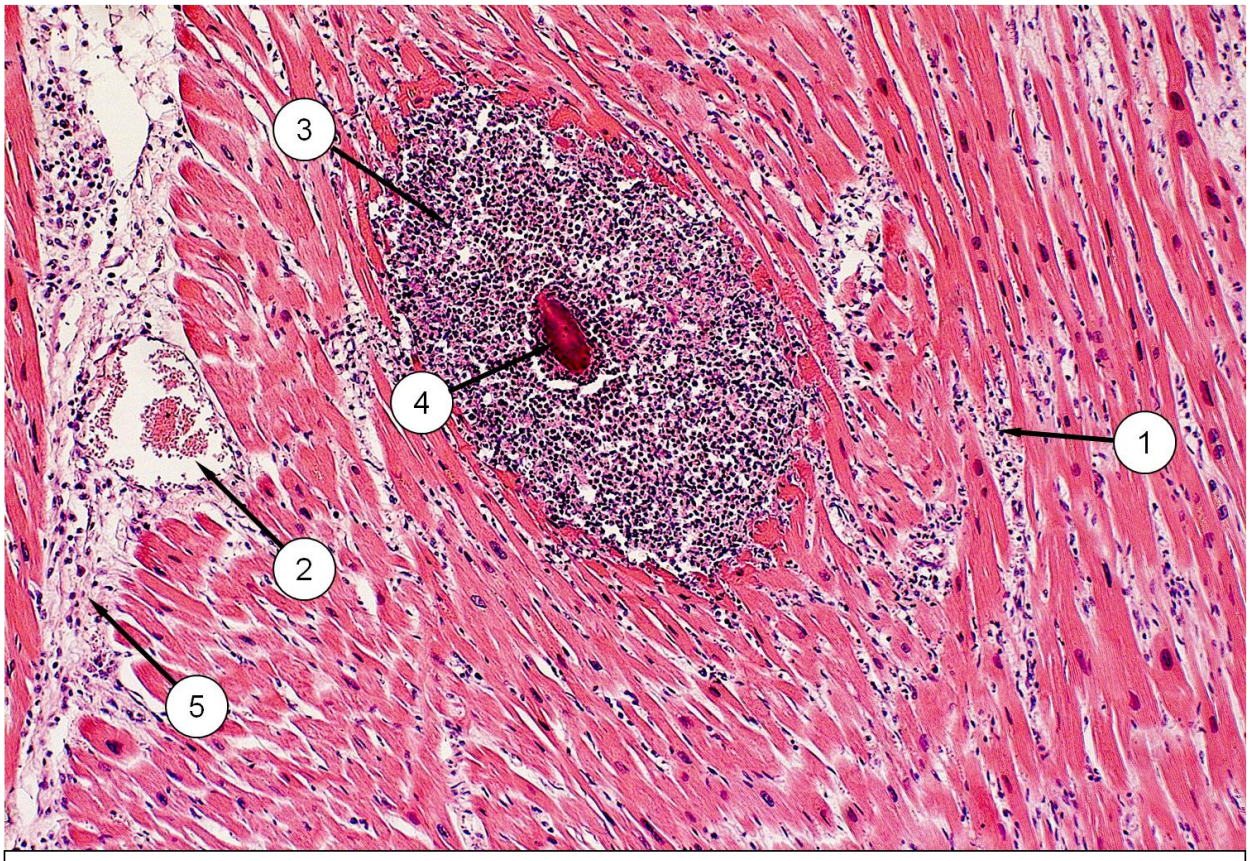
Микропрепараты:



1 – экссудат в просвете альвеолы; 2 – абсцесс; 3 – колонии микробов; 4 – слизистая оболочка бронха; 5 – кровеносный сосуд.

Абсцедирующая пневмония.

В микропрепарате представлена ткань легкого с бронхом, просвет которого заполнен гнойным экссудатом. В альвеолярной ткани имеет место воспалительный экссудат, содержащий многочисленные сегментоядерные лейкоциты. На одном из участков определяется острый абсцесс, в центре которого видны колонии микробов.



1 – межуточная воспалительная инфильтрация; 2 – вена; 3 – эмболический гнойник; 4 – тромбоэмбол с колониями микробов; 5 – строма.

Эмболический гнойник в миокарде.

В миокарде определяется картина венозного полнокровия с умеренно выраженной межуточной воспалительной инфильтрацией. В центральной части микропрепарата определяется кровеносный сосуд, просвет которого полностью закрыт тромбоэмболом с наличием колоний микробов. Вокруг тромбоэмбола – очаговое гнойное воспаление (абсцесс).

Тестовые задания:

001.ВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ КОЖИ, ВЫЗЫВАЕМЫЕ ГНОЕРОДНЫМИ МИКРООРГАНИЗМАМИ

1) стрептококкозы
2) кондиломатоз
3) псориаз
4) стафилодермии
5) экзема

Правильный ответ: 4

002.ГНОЙНОЕ ВОСПАЛЕНИЕ ВОЛОСЯНОГО ФОЛЛИКУЛА

1) фликтена
2) фолликулит
3) гидраденит
4) импетиго

5) трихофития

Правильный ответ: 2

003.ФОЛЛИКУЛИТ С ХРОНИЧЕСКИМ РЕЦИДИВИРУЮЩИМ ТЕЧЕНИЕМ, С ЛОКАЛИЗАЦИЕЙ НА ВОЛОСИСТЫХ ЧАСТЯХ ТЕЛА

1) сикоз
2) гидраденит
3) трихофития
4) импетиго
5) эктима

Правильный ответ: 1

004.ГНОЙНОЕ ВОСПАЛЕНИЕ С НЕКРОЗОМ И РАСПЛАВЛЕНИЕМ ВОЛОСЯНОГО ФОЛЛИКУЛА, САЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ И ПЕРИФОЛЛИКУЛЯРНОЙ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ

1) фолликулит
2) сикоз
3) фурункул
4) эктима
5) апостематоз

Правильный ответ: 3

005.ОЧАГ ВОСПАЛЕНИЯ, СОСТОЯЩИЙ ИЗ НЕСКОЛЬКИХ РАСПОЛОЖЕННЫХ РЯДОМ ФУРУНКУЛОВ

1) пиодермит
2) фолликулит
3) импетиго
4) сикоз
5) карбункул

Правильный ответ: 5

006.ГНОЙНОЕ ВОСПАЛЕНИЕ АПОКРИНОВЫХ ПОТОВЫХ ЖЕЛЕЗ, РАСПОЛОЖЕННЫХ В ПОДМЫШЕЧНЫХ ВПАДИНАХ

1) сикоз
2) гидраденит
3) импетиго
4) пиодермия
5) карбункул

Правильный ответ: 2

007.ФОЛЛИКУЛИТ, СИКОЗ, ФУРУНКУЛ, КАРБУНКУЛ, ГИДРАДЕНИТ ОТНОСЯТ К

1) стрептококкозам
2) иерсиниозам
3) дерматозам
4) стафилодермиям
5) стрептодермиям

Правильный ответ: 4

008.ТОНКОСТЕННЫЙ ПУЗЫРЬ, ВОЗНИКАЮЩИЙ ПРИ СТРЕПТОДЕРМИИ, С ПРОЗРАЧНЫМ, МУТНОВАТЫМ ИЛИ КРОВЯНИСТЫМ СОДЕРЖИМЫМ, ОКРУЖЕННЫЙ ВЕНЧИКОМ ЭРИТЕМЫ

1) фликтена
1) фолликулит
2) сикоз
3) карбункул
4) гидраденит

Правильный ответ: 1

009.ОСТРАЯ СТРЕПТОКОККОВАЯ ИНФЕКЦИЯ С ПОРАЖЕНИЕМ КОЖИ И ПОДКОЖНОЙ КЛЕТЧАТКИ С ВОВЛЕЧЕНИЕМ В ПРОЦЕСС ЛИМФАТИЧЕСКИХ СОСУДОВ

1) карбункулез
2) импетиго
3) рожистое воспаление
4) гидраденит
5) сикоз

Правильный ответ: 3

010.ОБЩИЙ ИНФЕКЦИОННЫЙ ПРОЦЕСС С АЦИКЛИЧЕСКИМ ТЕЧЕНИЕМ, ВЫЗЫВАЕМЫЙ РАЗЛИЧНЫМИ МИКРООРГАНИЗМАМИ, ОБЫЧНО ПОСТУПАЮЩИМИ В КРОВЬ ИЗ МЕСТНОГО ВОСПАЛИТЕЛЬНОГО ОЧАГА

1) стрептококкоз
2) синдром полиорганной недостаточности
3) первичный инфекционный комплекс
4) атипичная генерализованная инфекция
5) сепсис

Правильный ответ: 5

011.ФОРМА СЕПСИСА, ИМЕЮЩАЯ БЫСТРОЕ ТЕЧЕНИЕ, БЕЗ СЕПТИЧЕСКИХ ГНОЙНЫХ МЕТАСТАЗОВ, С ВЫРАЖЕННОЙ ГИПЕРЕРГИЧЕСКОЙ РЕАКЦИЕЙ ОРГАНИЗМА

1) септицемия
2) септикопиемия
3) бактериальный эндокардит
4) хрониосепсис
5) гнойно-резорбтивная лихорадка

Правильный ответ: 1

012.ФОРМА СЕПСИСА, ДЛЯ КОТОРОЙ В НАИБОЛЬШЕЙ СТЕПЕНИ ХАРАКТЕРНЫ ТРОМБОЭМБОЛИЧЕСКИЕ ОСЛОЖНЕНИЯ

1) гнойно-резорбтивная лихорадка
2) септикопиемия
3) септицемия
4) бактериальный эндокардит
5) терапевтический сепсис

Правильный ответ: 4

013.ХАРАКТЕРНЫ КЛИНИЧЕСКИЕ И МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ПРИЗНАКИ СЕПСИСА, НО ВХОДНЫЕ ВОРОТА НЕИЗВЕСТНЫ ПРИ

1) пупочном сепсисе
2) криптогенном сепсисе
3) хирургическом сепсисе
4) терапевтическом сепсисе
5) урогенном сепсисе

Правильный ответ: 2

014.ВХОДНЫМИ ВОРОТАМИ ПРИ ХИРУРГИЧЕСКОМ СЕПСИСЕ ЯВЛЯЕТСЯ

1) культя пуповины
2) заглоточный абсцесс
3) послеоперационная рана
4) кариозный зуб
5) эндометрий в состоянии гнойного воспаления

Правильный ответ: 3

015.СЕПСИС С ЛОКАЛИЗАЦИЕЙ ВХОДНЫХ ВОРОТ В ПОЧКАХ

1) хирургический
2) пупочный
3) урогенный
4) терапевтический
5) криптогенный

Правильный ответ: 3

016.НЕ ЯВЛЯЕТСЯ ФОРМОЙ ТЕЧЕНИЯ СЕПСИСА

1) острая
2) септикопиемическая
3) молниеносная
4) рецидивирующая
5) хроническая

Правильный ответ: 2

017. ФОРМА СЕПСИСА, КОТОРАЯ ВОЗНИКАЕТ ПРИ ОСТРОМ ИЛИ ХРОНИЧЕСКОМ ГНОЙНОМ ВОСПАЛЕНИИ СРЕДНЕГО УХА

1) терапевтический
2) ушной
3) отитный
4) отогенный
5) криптогенный

Правильный ответ: 4

018.ФОРМА СЕПСИСА, ПРИ КОТОРОЙ ВЕДУЩИМИ ЯВЛЯЮТСЯ ГНОЙНЫЕ ПРОЦЕССЫ В ВОРОТАХ ИНФЕКЦИИ И БАКТЕРИАЛЬНАЯ ЭМБОЛИЯ С ОБРАЗОВАНИЕМ МЕТАСТАТИЧЕСКИХ ГНОЙНИКОВ

1) септицемия
2) гнойно-резорбтивная лихорадка
3) септический эндокардит
4) хрониосепсис
5) септикопиемия

Правильный ответ: 5

019.ФОРМА СЕПСИСА, ПРИ КОТОРОЙ ВХОДНЫМИ ВОРОТАМИ СЛУЖИТ КЛАПАННЫЙ АППАРАТ СЕРДЦА, А СЕПТИЧЕСКИЙ ОЧАГ РАСПОЛОЖЕН В ЕГО СТВОРКАХ

1) септикопиемия
2) септицемия
3) криптогенный сепсис
4) септический эндокардит
5) гнойно-резорбтивная лихорадка

Правильный ответ: 4

020.ФОРМА СЕПСИСА, ИСКЛЮЧЕННАЯ В НАСТОЯЩЕЕ ВРЕМЯ ИЗ КЛАССИФИКАЦИИ

1) хрониосепсис
2) септицемия
3) криптогенный сепсис

4) острая форма септического эндокардита
5) септикопиемия

Правильный ответ: 1

021.ПОДОСТРЫМ НАЗЫВАЕТСЯ ЭНДОКАРДИТ, КОТОРЫЙ ПРОТЕКАЕТ В ТЕЧЕНИЕ

1) 5 месяцев
2) до 2 недель
3) 1 год
4) до 3 месяцев
5) 20 недель

Правильный ответ: 4

022.ЧАЩЕ ВСЕГО ПРИ ИНФЕКЦИОННОМ ЭНДОКАРДИТЕ ПОРАЖАЕТСЯ КЛАПАН

1) сочетанное поражение трикуспидального клапана и клапана легочной артерии
2) аортальный клапан
3) митральный клапан
4) трикуспидальный клапан
5) клапан легочной артерии

Правильный ответ: 2

023.ПРИ ВСКРЫТИИ У УМЕРШИХ ОТ СЕПТИЦЕМИИ НЕ ОБНАРУЖИВАЕТСЯ

1) ДВС-синдром
2) шоковые почки
3) центролобулярные некрозы в печени
4) шоковые лёгкие
5) метастатические гнойники

Правильный ответ: 5

024.БОЛЕЗНЬЮ ЧЕРНОГУБОВА НАЗЫВАЕТСЯ

1) вирусный эндокардит
2) ревматический эндокардит
3) первичный бактериальный эндокардит
4) хронический эндокардит
5) вторичный бактериальный эндокардит

Правильный ответ: 3

025. МНОЖЕСТВЕННЫМИ ПЕТЕХИАЛЬНЫМИ КРОВОИЗЛИЯНИЯМИ В КОЖЕ И ПОДКОЖНОЙ КЛЕТЧАТКЕ ПРИ СЕПТИЧЕСКОМ ЭНДОКАРДИТЕ ЯВЛЯЮТСЯ

1) пятна Джейнуэя
2) пятна Бельского-Филатова-Коплика

3) пятна Минакова
4) пятна Лукина-Либмана
5) пятна Вишневского

Правильный ответ: 1

Ситуационные задачи:

Задача №1

У женщины 25 лет на следующие сутки после проведения криминального аборта резко ухудшилось состояние, что началось с появления сливкообразных мутных влагалищных выделений серо-зеленого цвета со зловонным запахом, в последующем присоединились тахикардия, одышка, повышение температуры тела до 40°С, снижение АД до 80/60, анурия. Пациентка госпитализирована в реанимационное отделение, где через 12 часов наступила смерть.

1. Предполагаемый диагноз.
2. Клинико-морфологическая форма заболевания.
3. Охарактеризуйте морфологию местных изменений.
4. Процессы, развивающиеся при данной патологии в паренхиме, строме органов, в кроветворной и лимфатической ткани.
5. Другие клинико-морфологические формы этого заболевания.

Задача №2

Больная поступила в клинику для вскрытия абсцесса ягодицы, образовавшегося после внутримышечной инъекции магнезии. После операции температура тела достигла 39°С, появилась одышка, затемнение сознания, диагностирована двусторонняя пневмония. Смерть наступила на четвертые сутки при явлениях острой сердечной недостаточности.

1. Предполагаемый диагноз.
2. Клинико-морфологическая форма заболевания, его вид в зависимости от характера входных ворот инфекции.
3. Характеристика изменений во входных воротах инфекции.
4. Патологические процессы, развивающиеся при данной форме заболевания в легких, сердце, головном мозге и его оболочках.
5. Изменения селезенки при этой патологии.

Задача №3

У больного П., 40 лет, страдавшего ревматическим пороком сердца с поражением аортального клапана, после удаления зуба появились гектическая лихорадка, желтушность кожных покровов, геморрагические высыпания, одышка в покое, отеки. В клинической картине резко выражены геморрагический и тромбоэмболический синдромы, увеличение селезенки, микрогематурия и протеинурия. На конъюнктиве у внутреннего угла нижних век обоих глаз – петехиальные кровоизлияния.

1. Клинико-морфологическая форма сепсиса в данном случае.
2. Локализация септического очага.

3. Морфологические изменения в септическом очаге.
4. Название петехиальных высыпаний на конъюктиве.
5. Причина развития геморрагического синдрома.

Задача №4

Мужчина, 50 лет, обратился к хирургу с жалобами на появление в подмышечной области болезненного плотного узла, который быстро увеличился в диаметре до 3см. При осмотре в подмышечной области обнаружен выбухающий над поверхностью кожи в виде соска синюшный инфильтрат, с гнойным очагом в центре.

1. Диагноз, устаревшее название болезни.
2. Определение процесса.
3. Этиология заболевания.
4. Группа воспалительных заболеваний кожи, к которым относится данная патология.
5. Другие заболевания из этой группы.

Задача №5

Мужчина 45 лет обратился в приемное отделение с жалобами на боль, покраснение, чувство распирания в левой нижней конечности, отек левой голени, подъем температуры до 38,5^{o}С. При осмотре левая нижняя конечность увеличена в объеме за счет отека, с наличием эритемы с четкими неровными краями и множеством мелких плоских пузырей с прозрачным содержимым.

1. Предполагаемый диагноз.
2. Этиология заболевания.
3. Микроскопические изменения в зоне поражения.
4. Дифференциальная диагностика данного заболевания.
5. Дайте определение пиодермии.

Эталоны ответов:

Задача №1.

1. Сепсис.
2. Септицемия, маточный сепсис.
3. Септический эндометрит.
4. В паренхиме органов – дистрофические изменения; в строме – межуточное воспаление; в кроветворной и лимфатической ткани гиперпластические процессы.
5. Септикопиемия, бактериальный (септический) эндокардит, хрониосепсис.

Задача №2

1. Сепсис.
2. Септикопиемия, хирургический сепсис.
3. Во входных воротах инфекции – гнойное воспаление с гнойным лимфангитом и лимфаденитом, гнойным тромбофлебитом.
4. В легких – метастатические гнойники, в сердце – острый септический полипозно-язвенный эндокардит, головном мозге – абсцессы и гнойный менингит.

5. Гиперпластические изменения (септическая селезенка): орган увеличен, дряблой консистенции, пульпа дает обильный соскоб.

Задача №3

1. Затяжной септический (бактериальный) эндокардит.
2. Аортальный клапан.
3. Створки клапана склерозированы, обызвествлены, изъязвлены, перфорированы, с тромботическими наложениями в виде полипов.
4. Пятна Лукина – Либмана.
5. Васкулит.

Задача №4

1. Гидраденит, «сучье вымя».
2. Гидраденит – гнойное воспаление апокриновых потовых желез, расположенных в подмышечных впадинах, вокруг сосков, за ушными раковинами, паховых складках и в области промежности.
3. Стафилококк.
4. Стафилококковые пиодермии (стафилодермии).
5. Фолликулит, сикоз, фурункул, карбункул.

Задача №5

1. Рожистое воспаление.
2. Острая стрептококковая инфекция.
3. Отек, выраженная гиперемия, инфильтрация полиморфно-ядерными лейкоцитами и лимфоцитами. Иногда возникают микроабсцессы и в редких случаях – некроз.
4. Флегмона, острый тромбофлебит поверхностных вен.
5. Пиодермии – воспалительные заболевания кожи, вызываемые гноеродными микроорганизмами.