Государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего профессионального образования
«Красноярский государственный медицинский университет
имени профессора В.Ф. Войно-Ясенецкого»
Министерства здравоохранения Российской Федерации
(ГБОУ ВПО КрасГМУ им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого Минздрава России)

Специальность: Стоматология хирургическая и ЧЛХ

Реферат

***Тема: ФЛЕГМОНЫ И АБСЦЕССЫ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ. ОСОБЕННОСТИ
И ЗАКОНОМЕРНОСТИ ТЕЧЕНИЯ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ПРОЦЕССОВ МЯГКИХ
ТКАНЕЙ.***

Проверил: д.м.н. ,профессор Шевченко Д.П.

Выполнил: клин. Ординатор Пыкин Е.Е.

Фурункулы и карбункулы лица

Карбункулы и фурункулы, острые гнойно-некротические воспаления волосяных фолликулов и сальных желез. Основные признаки и симптомы заболеваний, осмотр, прогноз и лечение. Профилактические меры, соблюдение личной гигиены кожи лица и лечение угрей.

Карбункул (лат. *carbunculus* - уголек) - острое гнойно-некротическое воспаление нескольких волосяных фолликулов и сальных желез с обширным некрозом кожи и подкожной клетчатки. К. может сформироваться в результате распространения воспалительного процесса с одного волосяного фолликула на другой с одновременным поражением нескольких фолликулов, а также слияния отдельных фурункулов. Возникновению К. способствуют нарушение обмена веществ (при сахарном диабете, ожирении), снижение неспецифической реактивности организма, несоблюдение санитарно-гигиенических норм в быту и на производстве. Часто К. вызывают стафилококки, реже - стрептококки, кишечная палочка, протей, энтерококки, неклостридиальные анаэробы.

Вначале образуется небольшой воспалительный инфильтрат, который быстро увеличивается в размерах. Кожа над ним становится отечной, синюшно-багровой, напряженной, в ней образуются свищи («сито»), через которые выделяется густой зеленовато-серый гной. Больного беспокоит постоянная распирающая боль в зоне поражения; возникают ознобы, недомогание, тошнота, рвота, отмечаются потеря аппетита, сильная головная боль, бессонница, повышение температуры тела до 40°, тахикардия, иногда бред и бессознательное состояние. Эти проявления бывают особенно резко выражены при К. лица и крупных К. другой локализации. В крови отмечают лейкоцитоз с нейтрофилезом и сдвигом лейкоцитарной формулы влево, СОЭ увеличена. Формирование некроза происходит обычно в течение 3-5 дней. Затем отдельные отверстия в коже сливаются, образуется большой дефект, через который выделяется гной и отторгаются гнойно-некротические массы. С этого момента интоксикация уменьшается. После очищения раны она заполняется грануляционной тканью, а затем формируется рубец.

фурункул карбункул профилактика лечение

Характерными осложнениями К. являются лимфангит, регионарный лимфаденит, прогрессирующий тромбоз флебит, сепсис, гнойный менингит. При К. лица прогрессирующий острый тромбоз флебит вен лица может быстро распространиться через систему верхней глазной вены на венозные синусы твердой мозговой оболочки. Гнойный синус-тромбоз ведет к развитию

гнойного базального менингита и арахноидита. К редким осложнениям К. относятся флегмона и рожистое воспаление.

Диагноз основывается на характерных клинических проявлениях и, как правило, трудностей не вызывает. Дифференциальный диагноз следует проводить с сибиреязвенным карбункулом, для которого характерно наличие геморрагической пустулы, отсутствие болезненности в зоне поражения и выделения гноя, образование твердого черного струпа после вскрытия пустулы, которая окружена розеткой мелких пузырьков с серозным или геморрагическим содержимым, наличие сибиреязвенных палочек в отделяемом.

Лечение карбункула. В амбулаторных условиях допустимо лечение К. небольших размеров, локализующихся на туловище и конечностях, при отсутствии выраженной интоксикации. В начале заболевания, при наличии только воспалительного инфильтрата, до формирования гнойно-некротического очага, показана антибактериальная терапия. Назначают антибиотики, как правило, широкого спектра действия - ампициллин, ампиокс и др., синтетические антибактериальные препараты широкого спектра действия - бисептол, фурагин. Показаны анальгетики и сердечные средства, молочно-растительная диета. Поверхность инфильтрата обрабатывают 70% этиловым спиртом и накладывают асептическую повязку. Применяют УФ-облучение расфокусированным лучом лазера, УВЧ-терапию. При положительном эффекте от консервативной терапии обратное развитие инфильтрата происходит через 2-3 дня и сопровождается уменьшением болей, снижением температуры тела, нормализацией картины крови.

Показанием к операции является формирование очага некроза. В поликлинике операцию по поводу небольшого К. проводят под местной анестезией 0,5-0,25% раствором новокаина. Карбункул крестообразно рассекают через всю толщу некроза до жизнеспособных тканей с последующей некрэктомией. Операцию заканчивают введением в рану тампонов с гипертоническим раствором хлорида натрия или протеолитическими ферментами. До окончательного отторжения гнойно-некротических масс ежедневно сменяют повязки с протеолитическими ферментами, гипертоническим раствором хлорида натрия, по показаниям выполняют этапные некрэктомии, а затем применяют препараты на мазевой основе (10% метилурациловая мазь, винилин и др.). После операции продолжают антибактериальную терапию, физиотерапию.

Большие размеры К., прогрессирование гнойно-некротического процесса, некомпенсированный сахарный диабет, нарастание интоксикации являются показанием к госпитализации. Лечение К., локализующегося на лице, также необходимо проводить в условиях стационара. В стационаре операцию обычно производят под наркозом. При К. небольших размеров,

локализующихся на туловище и конечностях, можно прибегать к иссечению гнойно-некротического очага с последующим дренированием раны и наложением первичного шва. После операции продолжают антибактериальную терапию с учетом данных антибиотикограммы, проводят дезинтоксикационную терапию, иммунотерапию с использованием препаратов для активной (стафилококковый анатоксин) и пассивной (антистафилококковая гипериммунная плазма, антистафилококковый гамма-глобулин) иммунизации, а также иммуностимулирующих препаратов, повышающих неспецифическую реактивность организма (метилурацил, продигозан, лизоцим, левамизол). При подозрении на анаэробную неклостридиальную инфекцию применяют препараты метронидазола (трихопол, метроджил). Показано парентеральное введение протеолитических ферментов. Применяют УФ-облучение, облучение расфокусированным лучом лазера, УВЧ-терапию, электрофорез протеолитических ферментов, новокаина, ультразвуковую кавитацию. Лечение больного с К., страдающего сахарным диабетом, необходимо проводить под наблюдением эндокринолога, регулярно контролируя содержание сахара в крови и моче, обеспечивая адекватную инсулинотерапию.

Прогноз при правильном и своевременном лечении, как правило, благоприятный. У больных с тяжелыми формами сахарного диабета, анемией, у ослабленных и пожилых пациентов, при К. верхней части лица прогноз серьезен.

Фурункул - острое гнойно-некротическое воспаление волосяного фолликула сальной железы и окружающей подкожной жировой клетчатки. Наиболее частой локализацией фурункулов являются задняя поверхность шеи, предплечье, тыл кисти, лицо, бедро. Появление двух и более фурункулов свидетельствует о фурункулезе. В возникновении фурункулов играют роль микротравмы, например расчески кожи при заболеваниях, сопровождающихся зудом. Вначале воспаляются волосяное ложе, сальная железа, которые затем вместе с окружающими тканями подвергаются некрозу с образованием некротического стержня с воспалительным инфильтратом вокруг него.

Больные в начале заболевания жалуются на появление гнойничка (пустулы) или болезненного уплотнения в толще кожи. С нарастанием воспаления присоединяются жалобы на общее недомогание, повышение температуры тела, боль в области увеличивающегося уплотнения. Наиболее выраженная болезненность отмечается при локализации фурункула на участках кожи, плотно прилежащих к подлежащим тканям: на волосистой части головы, затылке, наружном слуховом проходе, тыльной стороне пальцев.

При осмотре больных в начале заболевания в области воспаления отмечается небольшой гнойничок (пустула) с гиперемией кожи вокруг него. Реже можно определить уплотнение в толще кожи и гиперемию кожи над уплотнением, гнойничок при этом отсутствует. По мере развития фурункула, нарастания воспаления образуется конусовидно возвышающийся над кожей инфильтрат диаметром 0,5--1,5 см, не имеющий четких границ. Кожа над ним багрово-красного цвета. В центре инфильтрата появляется покрытый коркой участок размягчения, из-под корки выделяется небольшое количество гноя. После отхождения гноя в центре инфильтрата определяется участок ткани зеленого цвета -- верхушка некротического стержня. С образованием некротического стержня количество гнойного отделяемого увеличивается, с гноем и кровью стержень отделяется. В центре инфильтрата после отхождения стержня определяется довольно глубокая, умеренно кровоточащая ранка, которая быстро заполняется грануляциями и заживает через 2--3 дня с образованием втянутого рубца.

Иногда на месте фурункула при осмотре определяются шаровидная припухлость, размягчение, незначительное гнойное отделяемое. Это абсцедирующий фурункул, образовавшийся вследствие полного гнойного расплавления некротического стержня и нарушения оттока гноя.

Обнаруженные при осмотре больных на коже красные полосы, идущие от фурункула, свидетельствуют о присоединении лимфангита, увеличение и болезненность при пальпации регионарных лимфатических узлов -- о присоединении лимфаденита.

При локализации фурункула на лице (верхняя губа, веки, надбровные дуги) больные иногда жалуются на сильную головную боль, высокую температуру тела, которые являются признаками осложнения фурункула гнойным тромбофлебитом лицевых вен. Последний сопровождается гнойным менингитом вследствие перехода воспаления по венам на кавернозный синус.

Присоединение таких симптомов болезни, как перемежающаяся лихорадка, потрясающие ознобы, проливные поты, бред, помрачение сознания, бледность кожных покровов, указывает на возникновение сепсиса, а появление гнойников в других органах (метастатические абсцессы)-- подтверждает диагноз септикопиемии.

Лечение фурункула . Больных следует предупредить о возможных серьезных осложнениях при выдавливании фурункула, срезании пустулы бритвой, применения согревающих компрессов. В начале заболевания применяют обработку кожи 70% этиловым спиртом, 2% салициловым спиртом, УВЧ-терапию. После вскрытия фурункула делают повязки с протеолитическими ферментами, гипертоническим раствором хлорида натрия, применяют ультрафиолетовое облучение. После отхождения стержня

накладывают мазовые повязки с синтомициновой эмульсией, метилурациловой мазью. При осложнении фурункула лимфангитом и лимфаденитом показана антибиотикотерапия.

Больные с фурункулом лица подлежат срочной госпитализации в хирургическое отделение, где проводится местное и общее лечение, включающее антибиотикотерапию. Больным назначают постельный режим, протертую пищу.

При абсцедировании фурункула прибегают к хирургическому лечению -- производят вскрытие абсцесса.

При рецидивирующих одиночных фурункулах и фурункулезе необходимо специальное обследование больных с целью выявления нарушения обмена веществ (сахарный диабет, авитаминозы). С целью повышения устойчивости организма к стафилококковой инфекции проводят иммунизацию стафилококковым анатоксином.

Профилактические меры

Принимайте ванну или душ хотя бы раз в день. Не царапайте зудящее место на коже, т.к. это может спровоцировать попадание инфекции в поврежденное место.

Наносите антисептический лосьон, чтобы не допустить попадания инфекции.

Соблюдение личной гигиены кожи лица, лечение угрей.

Предложена следующая классификация неосложненных и осложненных форм развития фурункулов и карбункулов (А.А. Тимофеев, 1995):

1.) Неосложненные формы фурункулов и карбункулов.

а) Начальная стадия фолликулита:

Остиофолликулит

Глубокий фолликулит.

б) Воспалительная инфильтрация.

в) Образование и отторжение гнойно-некротического стержня.

г) Рассасывание воспалительного инфильтрата.

2.) Рецидивирующие фурункулы.

3) Осложненные формы клинического течения фурункулов и карбункулов;

3.) Местные осложнения:

воспаление красной каймы, слизистой оболочки и кожи губ - хейлиты (катаральный, glandулярный, гнойный);

2.воспаление вен (флебит, тромбофлебит);

в регионарных лимфатических узлах и лимфатических сосудах (лимфангоит, серозный и гнойный лимфаденит, периаденит, аденофлегмона);

воспаление окружающих мягких тканей (воспалительный инфильтрат, абсцесс и флегмона);

со стороны костной ткани (остеомиелит);

Литература:

А.А. Тимофеев. «Гнойная хирургия челюстно-лицевой» 1995г.

Шаргородский А.Г. «Воспалительные заболевания тканей челюстно-лицевой области и шеи» 2001г.

Косинца А.Н. «Антибактериальная терапия в гнойной хирургии.» 2002г.