

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования «Красноярский государственный медицинский
университет имени профессора В.Ф. Войно-Ясенецкого»
Министерства здравоохранения Российской Федерации

Реферат

На тему: Неодонтогенные воспалительные заболевания лица

Выполнил:

Ординатор 1 года обучения

Репаный Денис Анатольевич

Проверил:

д.м.н., проф А.А. Левенец

Красноярск, 2019

Содержание

Реферат.....	1
На тему: Неодонтогенные воспалительные заболевания лица.....	1
Введение.....	3
1 Фурункулы и карбункулы лица: этиопатогенез, клиника, диагностика.....	4
2 Рожистое воспаление ЧЛЮ: этиопатогенез, клиника, диагностика, лечение и профилактика.....	8
Заключение.....	11
Список использованных источников.....	12
Введение.....	3
1 Фурункулы и карбункулы лица: этиопатогенез, клиника, диагностика.....	4
2 Рожистое воспаление ЧЛЮ: этиопатогенез, клиника, диагностика, лечение и профилактика.....	8
Заключение.....	11
Список использованных источников.....	12

Введение

Фурункулы, карбункулы и рожистое воспаление занимают одну из ведущих мест среди острых неodontогенных заболеваний челюстно-лицевой области. Они зарекомендовали себя как воспалительные процессы, опасные для жизни.

Проблема диагностирования и лечения больных с фурункулами лица в настоящее время не теряет своей актуальности, что во многом связано с ухудшением экологической обстановки, изменением градационного питания, хроническим стрессом. На этом фоне, многие методы и средства терапии воспалительных процессов, с успехом применившиеся в последние годы, нуждаются в дополнении современными медицинскими технологиями достигнутыми не только дерматологии, но и в стоматологии и хирургии.

Целью реферата является изучение неodontогенные воспалительные заболевания лица.

Задачами работы являются:

- исследовать фурункулы и карбункулы лица: этиопатогенез, клиника, диагностика;
- изучить рожистое воспаление челюстно-лицевой области: этиопатогенез, клиника, диагностика, лечение и профилактика.

1 Фурункулы и карбункулы лица: этиопатогенез, клиника, диагностика

Фурункул - острое гнойно-некротическое воспаление волосяного фолликула и окружающих тканей, обусловленное внедрением патогенных микроорганизмов, чаще стафилококков .

Карбункул - острое гнойно-некротическое воспаление нескольких, расположенных рядом, волосяных фолликулов и сальных желез, которое распространяется на окружающую кожу и подкожную клетчатку (рис.2).

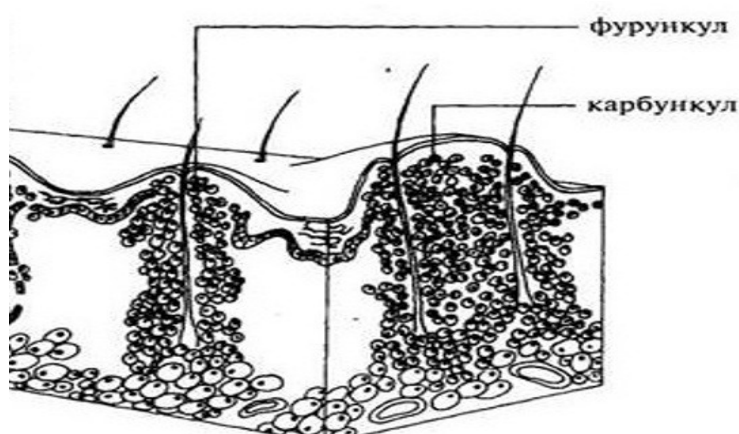


Рисунок 1 - Гнойно-некротические воспаления

Возникновению заболеваний способствуют климатические (переохлаждение или перегревание организма), бытовые факторы (несоблюдение санитарно-гигиенического режима, загрязнение кожи), выдавливание угрей и пустул. Способствующим фоном могут быть разные общие заболевания (сахарный диабет, авитаминоз и др.), при этом фурункулы протекают очень тяжело и продолжительно.

Большое значение имеет локализация воспалительного очага в связи с топографо - анатомическими особенностями челюстно-лицевой области. Опаснейшими являются фурункулы и карбункулы, которые локализуются в области верхней губы, носогубной борозды, углов рта, подглазничной и периорбитальной областей. Выделение их в отдельную группу обусловлено особой тяжестью клинического течения. Вместе с тем, фурункулы, а особенно

карбункулы, в области нижней губы, подбородка могут быть в ряде случаев не менее опасными. Это связано с тем, что пиогенная мембрана, которая окружает фурункул и карбункул, имеет сетчатое строение, а не плотный «вал», как при абсцессах. Поэтому выдавливание гнойников может привести к развитию опасных для жизни больного осложнений. Неблагоприятным фоном для возникновения этих заболеваний является несанированная полость рта.

Систематизацию не осложненных и осложненных форм развития фурункулов и карбункулов, представим в таблице 1.

Таблица 1 – Стадии развития фурункулов и карбункулов

Стадии развития	Формы развития
Не осложненные формы фурункулов и карбункулов	
Начальная стадия фолликулита	а) остеофолликулит; б) глубокий фолликулит
Воспалительная инфильтрация	а) Образование и отторжение гнойно-некротического стержня. б) Рассасывание воспалительного инфильтрата
Рецидивирующие фурункулы	
Осложнение формы клинического хода фурункулов и карбункулов	
Местные осложнения	1 Воспаление красной каймы губ, слизистой оболочки и кожи губ - хейлиты (катаральный, glandулярный, гнойный). 2 Воспаление вен (флебит, тромбофлебит). 3 В регионарных лимфатических узлах и лимфатических сосудах (глубокий лимфангоит, серозный и гнойный лимфаденит, периаденит, аденофлегмона). 4 Воспаление окружающих мягких тканей (воспалительный инфильтрат, абсцесс, флегмона). 5 Со стороны костной ткани (остеомиелит). 6 Рожистое воспаление
Общие осложнения	1 Синустромбоз 2 Менингит 3 Сепсис

Не осложненными считают только те формы, которые локализуются на границах кожи и подкожной клетчатки.

Выделяют инфильтративную и абсцедирующую формы фурункула. При инфильтративной форме симптомы интоксикации не выражены. Местно наблюдается ограниченный болезненный плотный инфильтрат, кожа над ним гиперемирована, с цианотичным оттенком, в складку не берётся. Если на этой стадии воспаления не принять мер по его ликвидации, то на протяжении 2-3 дней в центре инфильтрата организуется стержень. Он представляет собой

гнойно-некротические расплавленные ткани, которые окружают волосяной фолликул и через истонченную кожу в этой области просвечивается желто-белым цветом. После самостоятельного вскрытия фурункула выделяется небольшое количество гноя с примесью крови и стержень. Со временем на этом месте возникает кратерообразное углубление, которое заполняется грануляционной тканью, инфильтрация тканей постепенно уменьшается.

При переходе инфильтративной формы в абсцедирующую инфильтрат увеличивается в размерах, становится резко болезненным. Ближе к центру наблюдается его размягчение, а в самом центре, где расположен стержень - явление гнойного расплавления тканей. Эта форма может сопровождаться флебитом вен, который проявляется плотными болезненными тяжами по их ходу на фоне гиперемизированной кожи. Симптомы общей интоксикации нарастают. На фоне снижения защитных сил организма возможно образование нескольких фурункулов на лице и разных участках тела. Это приводит к развитию фурункулеза.

Фурункул лица может усложниться образованием карбункула с одновременным вовлечением нескольких волосяных фолликулов и прилегающей клетчатки. Инфильтрат становится обширным, кожа над ним синие-багряного цвета, формируется несколько стержней, которые со временем сливаются. В центре инфильтрата размягчается, а позднее (в результате тромбоза сосудов в этой области) образуется обширная зона некроза. Далее происходит отторжение некротизированных тканей. Гнойный экссудат отходит через несколько отверстий в коже, что напоминает пчелиные соты. Заболевание протекает тяжело, с признаками выраженной интоксикации, лейкоцитозом, сдвигом лейкоцитарной формулы влево, резким увеличением СОЭ.

Карбункулы лица чаще, чем фурункулы усложняются тромбофлебитом угловых вен, тромбозом кавернозного синуса, септикопиемией (гнойные менингиты, пневмонии, гнойные плевриты и др.).

Лечение. Радикальное хирургическое вмешательство, при лечении

неосложненных форм заболевания, в последние годы все более уступает консервативной терапии.

Лечебная тактика при фурункулах и карбункулах требует строго индивидуального подхода. Медикаментозное лечение включает: антибиотикотерапию (в зависимости от особенностей клинического хода заболевания и осложнений), дезинтоксикационную терапию (по показателям), неспецифическую гипосенсибилизирующую терапию и иммунотерапию, общеукрепляющее лечение, витаминотерапию и симптоматическое лечение. Активную специфическую иммунотерапию проводят стафилококковым антитоксином, бактериофагом, пассивную специфическую иммунотерапию осуществляют антистафилококковой плазмой и гаммаглобулином. Ряд авторов рекомендует применять местно протеолитические ферменты, гипотермию в объединении с ультрафиолетовым облучением, блокады гомоновокаином вокруг гнойника, гелий-неоновое лазерное излучение, повязки с диоксипластом и многие другие методы.

Хирургическое лечение проводят только при наличии гнойно-воспалительных осложнений (гнойные лимфадениты, абсцессы, флегмоны и др.). Раскрытие проводят по всем правилам, принятым в челюстно-лицевой хирургии. Раскрытие гнойников проводят под местным обезболиванием. Рану дренируют турундой с гипертоническим раствором. При карбункуле проводят широкое или крестообразное рассечение кожи и подкожной клетчатки, иссечение некротизированных тканей, рану дренируют. Параллельно проводят инфузионную дезинтоксикационную и антибактериальную терапию.

На вторые сутки после раскрытия абсцесса и его дренирования назначают физ. процедуры - УВЧ, УФО, ультразвук, гелий-неоновый лазер на протяжении 4-5 дней. На ночь на рану и прилегающие ткани накладывают компресс 10% раствором димексида, а потом повязки с «Левомиколем». При развитии флебита угловой вены глаза к димексиду добавляют гепарин. На 5-6 сутки после отторжения некротизированных тканей рана наполняется грануляциями.

2 Рожистое воспаление ЧЛЮ: этиопатогенез, клиника, диагностика, лечение и профилактика

Рожистое воспаление - инфекционное заболевание, которое характеризуется локальным серозным или серозно-геморрагическим воспалением кожи, слизистой оболочки, лихорадкой и интоксикацией.

Возбудителем рожистого воспаления является гемолитический стрептококк группы А. Для возникновения рожистого воспаления бывает недостаточно внедрения стафилококка в кожу или слизистую оболочку. Поэтому следует учитывать факторы, которые способствуют развитию заболевания: очаги хронической стрептококковой инфекции на фоне сенсibilизации организма, в особенности при снижении общих и местных факторов, переутомление, переохлаждение, стресс и др. Входными воротами является кожа, в особенности при ее повреждениях. Большое значение имеет резистентность кожи и ее бактерицидная активность. Невозможно исключить и индивидуальную склонность организма к возбудителю рожистого воспаления.

Иммунитет после перенесенного заболевания не возникает. Это является причиной возникновения рецидивирующих форм.

Приведем классификацию рожистого воспаления (по В.Л. Черкасову 1986г.) в табл. 2.

Таблица 2 – Классификация рожистого воспаления

Признак классификации	Форма воспаления
По степени выраженности местных проявлений	Эритематозная, эритематозно-буллезная, эритематозно-геморрагическая, буллезно-геморрагическая
По тяжести течения инфекционного процесса	Легкая; средней тяжести; тяжелая форма.
По характеру локализации местных проявлений	Локализованная; блуждающая; метастатическая
В зависимости от кратности заболевания	Первичная; повторная; рецидивирующая

В течении заболевания выделяют три основных периода: инкубационный период, период клинических проявлений, выздоровление.

Инкубационный период - от нескольких часов до 3-5-7 суток. Заболевание начинается остро, в первые сутки преобладают симптомы интоксикации.

Эритематозная форма характеризуется гиперемией (эритемой) пораженного участка кожи, четко ограниченной от близлежащих тканей, имеется отек и инфильтрация. При пальпации кожа в области воспаления горячая, резко болезненная, напряженная. Границы очага воспаления четкие, в виде зубцов или языков огня. Гиперемия наиболее часто появляется в области носа и сопровождается зудом, отеком, жжением и болью, отек при надавливании не исчезает. Кожа в области эритемы приподнята и имеет фестончатый вид. Микроскопически обнаруживается серозное воспаление дермы, преимущественно ее ретикулярного слоя и близлежащей клетчатки.

Спустя некоторое время появляются пузыри (буллы), которые содержат серозную жидкость. Таким образом, возникает эритематозно - буллезная форма. Микроскопически серозный экссудат содержит нейтрофилы и лимфоциты, макроскопически наблюдается гиперемия, кровоизлияние, лимфостаз, тромбоз вен, отек тканей, стенки сосудов инфильтрированы нейтрофилами .

При эритематозно-гемолитической форме на фоне эритемы появляются геморрагии. В дальнейшем наблюдается фибринозно-геморрагическое отделяемое и появляются пузыри. Наличие пузырей характерно для буллезно-геморрагической формы рожистого воспаления, потом пузыри превращаются в пустулы. Экссудат имеет геморрагический характер, иногда с примесью фибрина.

Рожистое воспаление усложняется развитием язв, некрозов, абсцессов, флегмон, тромбофлебитов, даже сепсисом. В результате облитерации лимфатических сосудов возникает нарушение лимфооттока и возникает лимфостаз.

Дифференциальная диагностика проводится с полиморфной экссудативной эритемой, опоясывающим лишаем, простым пузырьковым лишаем, красной волчанкой, сифилисом, микробной экземой, дерматитами,

сибирской язвой.

Лечение зависит от формы заболевания, степени интоксикации, характера локальных проявлений. В комплексе лечебных мероприятий ведущее место занимает антибиотикотерапия, гипосенсибилизирующее, общеукрепляющее, дезинтоксикационное и местное лечение. Больных рожистым воспалением следует госпитализировать в стационар.

Профилактика состоит из мероприятий, направленных на предотвращение передачи инфекции от больных окружающим людям, ликвидации входных ворот. При рецидивах эффективна бицилинопрофилактика. Рекомендуется диспансерное наблюдение за больными, которые перенесли рожистое воспаление

Заключение

Усвоение теоретического материала способствует укреплению знаний в области этиопатогенеза, вариантов клинического течения неodontогенных воспалительных заболеваний лица.

В результате отработки практических навыков приобретаются навыки диагностировать у населения фурункулы, карбункулы, рожистое воспаление, усвоение приемов лечения неodontогенных воспалительных заболеваний ЩЛД, возможные осложнения и их профилактику, а также проводить адекватное лечение.

Список использованных источников

- 1 Воспалительные заболевания, травмы и опухоли челюстно-лицевой области у детей [Текст] / под ред. С. Б. Фищев. - Санкт-Петербург: СпецЛит, 2015. - 54 с.
- 2 Детская челюстно-лицевая хирургия [Текст] / Р. Л. Гальперина, А. П. Гургенадзе, А. В. Иванов и др.] ; под ред. О. З. Топольницкого, А. П. Гургенадзе. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2015. - 165 с.
- 3 Дифференциальная диагностика хирургических заболеваний челюстно - лицевой области / Под ред. Муковозова И.Н. - М.: ООО «Медпресс», 2001. - 224 с.
- 4 Инфекционные воспалительные заболевания челюстно-лицевой области [Текст] / под ред. В. С. Агапова, С. Д. Арутюнова, В. В. Шулакова. - Москва : МИА, 2004. - 183 с.
- 5 Клиника, диагностика, лечение и профилактика воспалительных заболеваний лица и шеи (руководство для врачей) Под ред. А.Г. Шаргородского - М. Медпресс, 2012 - 360 с.
- 6 Харьков Л.В., Яковенко Л.Н., Кава Т.В. Справочник хирурга - стоматолога./ Л.В.Харьков, Л.Н.Яковенко, Т.В. Кава - М.: Книга плюс, 2008.- 372 с
- 7 Шаргородский А. Г. Воспалительные заболевания тканей челюстно-лицевой области и шеи. М.: ГОУ ВУНМЦ МЗ РФ - 2011 -273 с.