

Кыргызская государственная медицинская академия им.
И.К.Ахунбаева

Кафедра детской стоматологии

НЕОДОНТОГЕННЫЕ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ЧЕЛЮСТНО- ПИЩЕВОЙ ОБЛАСТИ



Выполнил
Студент 417 гр.
Ескермес Алмаз
Преподаватель: С.Т.Абдылдаев

Актуальность темы

НЕОДОНТОГЕННЫЕ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ (ЧЛО) не утратили своей научно-практической значимости и по-прежнему являются одной из самых актуальных проблем современной челюстно-лицевой хирургии. Неодонтогенные воспалительные процессы составляют 10-12 % заболеваний ЧЛО.

Объясняется это:

- 1) увеличением количества случаев тяжёлых форм,
- 2) изменением клинического течения патологического процесса,
- 3) широкой распространённостью на смежные КП,
- 4) высоким риском развития угрожающих жизни больного осложнений (контактного медиастинит, сепсис, абсцесс ГМ, тромбоз кавернозного синуса)

В основном эти заболевания локализуются в кожных покровах и дериватах кожи (волосяные фолликулы, сальные, потовые железы).

Среди них наиболее часто встречаются фурункул и карбункул. По некоторым данным их количество за последние 25 лет возросло от 0,9% до 6,5%.

Больные с фурункулами лица обращаются нередко к дерматологу и общему хирургу.

Сибирская язва и рожистое воспаление относятся к острым контагиозным заболеваниям, и пациенты чаще попадают в инфекционное отделение.

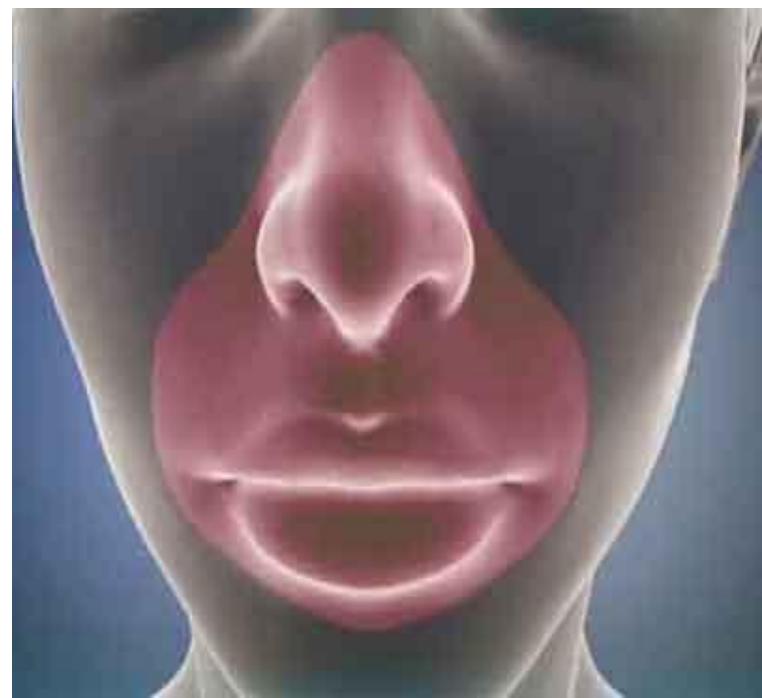
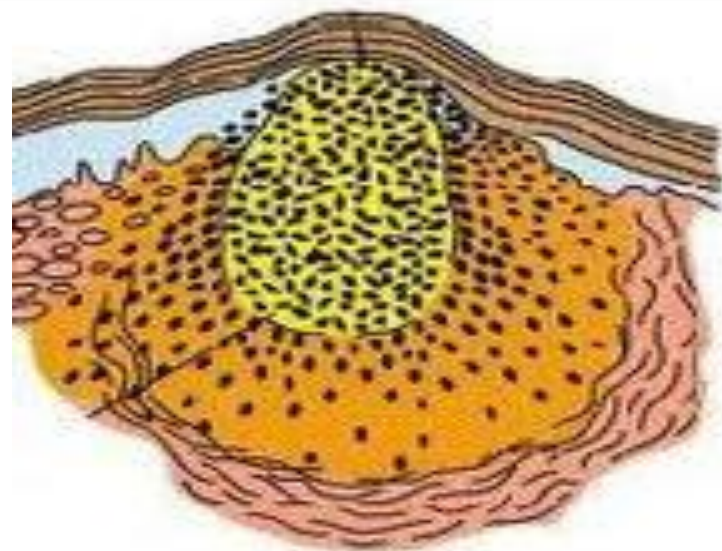
Нома сегодня встречается редко, гранулематоз Вегенера входит в группу заболеваний сосудов, и появление таких больных у стоматолога — чаще казуистика, чем правило.

Фурункул

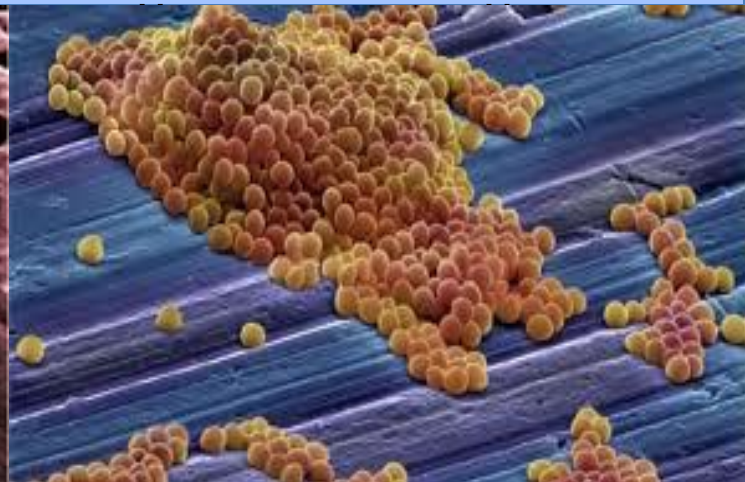
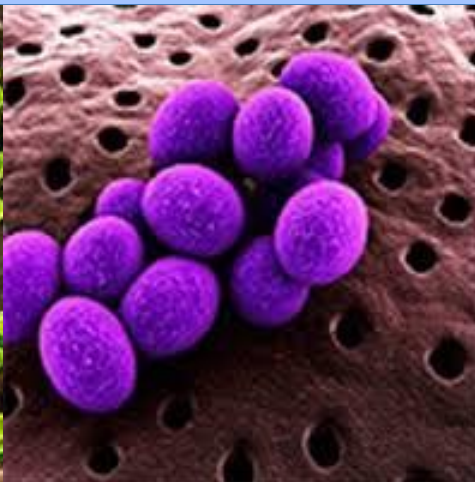
Это острое гнойно-некротическое воспаление волосяного фолликула и окружающей соединительной ткани; возникает в результате внедрения извне патогенных и вирулентных стафилококков (золотистых или белых).

Локализация: на подбородке, губах, на носу, реже - на лбу и щеках.

ВВ! Наиболее опасными являются фурункулы, располагающиеся в области верхней губы.



На неповрежденной коже здорового человека постоянно имеются непатогенные стафилококки; встречаются и патогенные формы. Выделяемое железами кожи сало, а также пот обладают антимикробными свойствами. Положительный фактор - антагонизм между постоянно присутствующими на коже МО и попадающими на нее извне. В целом защитная функция кожи зависит от общего



Предрасполагающие факторы:



- 1) экзема,
- 2) сикоз,
- 3) наличие большого количества угрей,
- 4) загрязнение и повреждение кожи,
- 5) сахарный диабет,
- 6) расстройства обменных процессов.

Клиника



Начинается болезнь с явлений фолликулита, распространяющегося вокруг устья волосяного фолликула. Спустя 1-2 суток в собственно коже появляется воспалительный инфильтрат в форме ограниченного узла. Кожа над инфильтратом окрашена в багрово-синюшный цвет. Больные жалуются на значительную болезненность.

Клиника

Через 3-4 дня от начала заболевания в центре инфильтрата выявляется флюктуация. Вскоре фурункул вскрывается и из него выделяется гной. На месте вскрытия видна верхушка некротического стержня. Постепенно гнойное выделение уменьшается, и некротический стержень отторгается. Кратерообразная язва-рана заполняется грануляциями и заживает с образованием втянутого рубца



Диагноз

Диагноз обычно не вызывает затруднений, однако, если в центре пузырька содержится серозно-кровянистая жидкость или имеются черные корки, необходимо дифференцировать банальный фурункул от сибиреязвенного фурункула (с помощью бак. исследования).

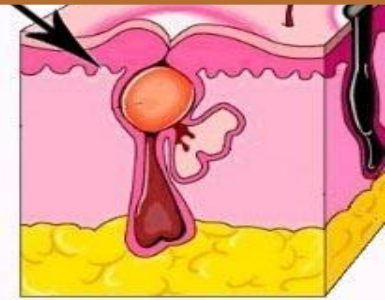


Лечение

Должно проводиться в стационаре, быть строго индивидуализированным. Без врачебного вмешательства болезнь иногда может завершиться выздоровлением через 8-10 дней. Задача врача состоит в том, чтобы сократить этот срок и предупредить развитие грозных осложнений фурунку

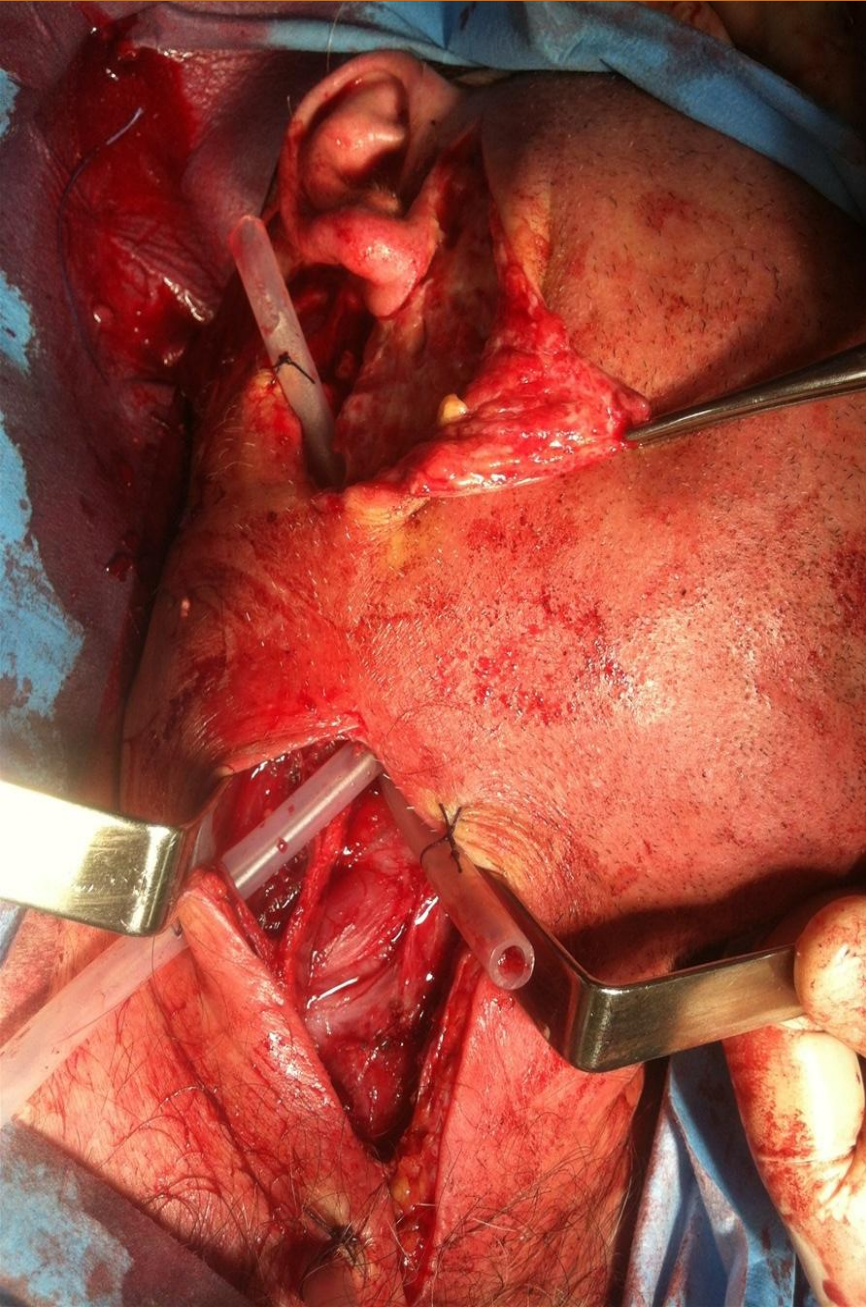


Лечение



- Больному запрещают говорить и переводят его на питание через поильник.
- Окружающую кожу протирают эфиром, 70% этиловым или 2% салициловым спиртом. Окружность фурункула инфильтрируют 0.5% р-ром новокаина.
- Применяют антибиотики, витамины, неспецифическую иммунотерапию и физиотерапию (сухое тепло, соллюкс, УФО). Любая операция в неосложненных стадиях заболевания может оказаться вредной.
- Лечение местной гипотермией, которая позволяет сократить срок болезни (кожу в окружности фурункула обрабатывают 95% этиловым спиртом, затем с помощью хлорэтила создают валик из инея на

Лечение



- В стадии абсцедирования абсцесс вскрывают (производят разрезы по верхней и нижней границах инфильтрата и дренируют его (на фоне введения 5-10 мл 0,25-0,5% раствора новокаина в смеси с адреналином).
- Использовать 0,1% раствор новоиманина, который является хорошим стимулятором неспецифической

Лечение

- Если процесс имеет тенденцию к распространению в окружающие ткани, то на фоне общей интенсивной комплексной терапии (внутрикаротидной инфузии антибиотиков широкого спектра действия, внутривенного капельного введения гемодеза, витаминов и т. д.) окружность фурункула ежедневно обрабатывают антисептиками, а его присыпают окисью цинка в



Лечение

- Безрезультатно - следует прибегнуть к превентивной перевязке угловой вены либо передней лицевой вены (когда процесс локализован в области нижней губы и подбородка) или радикальному оперативному вмешательству, обеспечивающему широкий отток экссудата



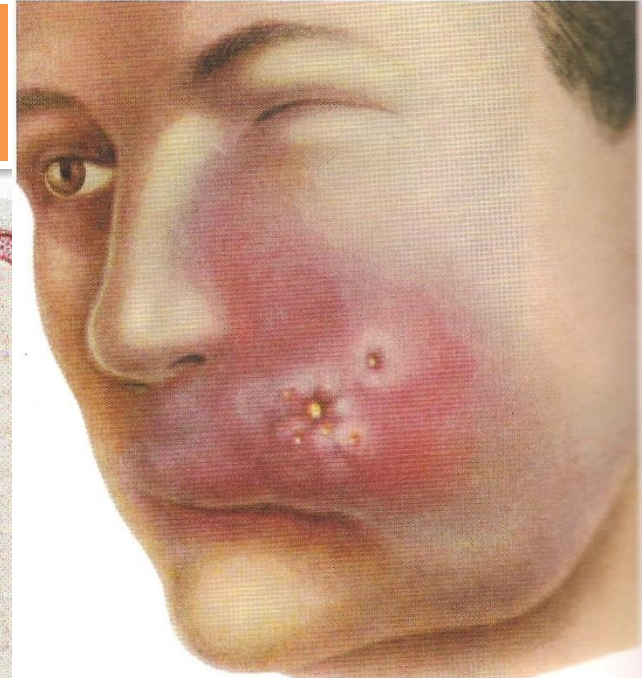
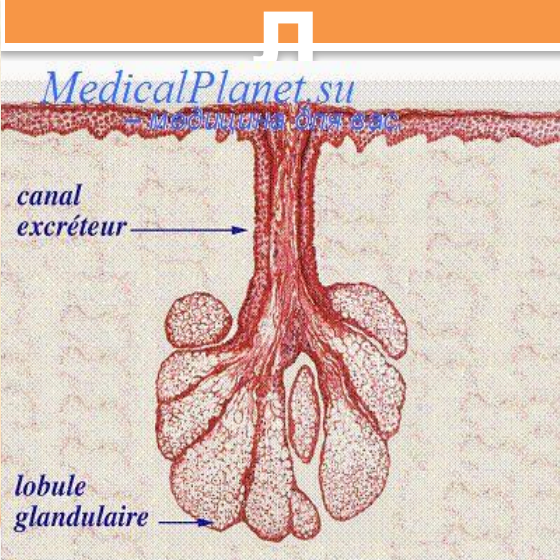
Прогноз и осложнения

- Карбункул.
- Абсцесс, флегмона.
- Тромбофлебит лицевых вен.
- Тромбоз кавернозного синуса.
- Гнойный базальный менингит.
- Сепсис или септикопиемия.

Под влиянием
своевременно начатой
интенсивной
антибиотикотерапии



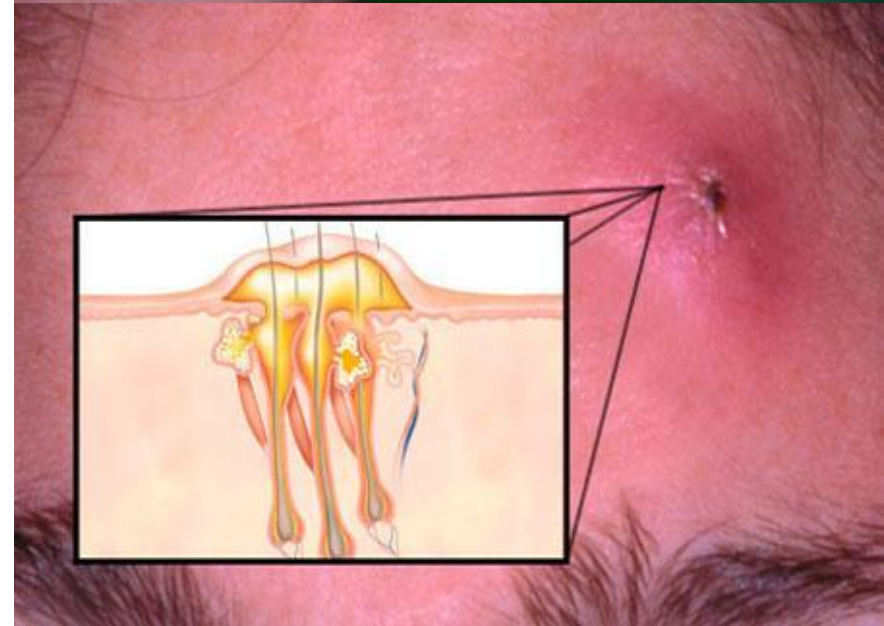
Карбунку



- Это разлитое гнойно-некротическое воспаление кожи и подкожной основы, исходящее из нескольких луковиц волосяных мешочков и сальных желез.
- Развивается карбункул в результате одновременного внедрения инфекции (чаще — стафилококка, реже — стрептококка) в несколько фолликулов волос и сальных желез. Чаще всего он возникает у пожилых, истощенных больных.
- Механизм развития аналогичен фурункулам.

Клиника

- Карбункул характеризуется наличием плотного инфильтрата в глубоких слоях кожи и подкожной основы. В центре инфильтрата синюшность кожи выражена особенно резко, к периферии она бледнеет, сменяясь гиперемией. Лицо становится резко асимметричным как за счет инфильтрата, так и отека; нос при этом смещается в здоровую сторону. Карбункулу всегда сопутствует картина лимфангоита и регионарного лимфаденита.



Клиника

- Постепенно развивается некроз фолликулов волос, сальных желез, подкожной основы и кожи. В конечном итоге на некротизирующейся коже образуется ряд отверстий, через которые выделяется гнойно-некротическая масса кровянистого цвета. В глубине некроз может распространиться на фасцию, мышцы и челюстную кость



Клиника



- Больные жалуются на постоянно возрастающую значительную боль, которая зависит от развивающегося напряжения в коже.
- Общее состояние больного тяжелое: ознобы, бред, температура тела достигает 39-40°С, аппетит отсутствует, язык обложен, слабость. В крови лейкоцитоз, увеличенная СОЭ. После отторжения некротических масс общее состояние улучшается, уменьшаются отечность и зона

Диагноз



- Диагноз карбункула не представляет трудностей, если есть перечисленные выше симптомы. От фурункула карбункул отличается наличием нескольких точек нагноения (стержней). Сибиреязвенный карбункул (*pustula maligna*) отличается ощущением онемения в центре его, обросшем толстым слоем

Лечение

- Следует проводить в условиях стационара, обеспечив больному полный покой.
- При относительно благоприятном течении производят инфильтрацию основания карбункула и окружающих тканей 5-10 мл 0.25-0.5% раствора новокаина с добавлением к нему 200 000 ЕД пенициллина. Параллельно с антибиотикотерапией (в ударных дозах) назначают анальгетики и облучение карбункула кварцевой



Лечение



- В запущенных случаях необходимо хирургическое вмешательство — разрез под местным новокаиновым или общим обезболиванием; если карбункул небольших размеров — линейный разрез, если больших — крестообразный. Образующиеся четыре треугольных лоскута широко отслаивают и отворачивают вверх, омертвевшие ткани иссекают. Рану заполняют марлевыми салфетками, смоченными в гипертоническом растворе натрия хлорида, или мазевыми тампонами (стрептоцидная, тетрациклиновая эмульсия)

Лечение

- Общее тяжелое состояние больного служит основанием для проведения энергичной общей терапии в виде внутримышечного введения пенициллина (50000-100000 ЕД) через каждые 3 часа, внутривенного введения 40% раствора уротропина и



Прогноз и осложнения

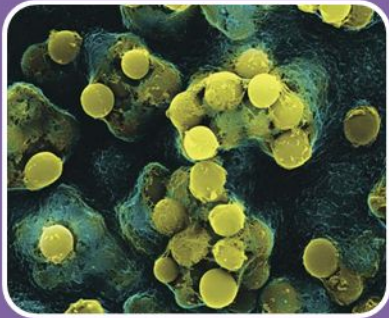
Доброкачественное течение карбункулов осложняется у 13% больных, а при злокачественном течении осложнения наблюдаются у 80% больных.

Осложнения могут быть местными и общими.

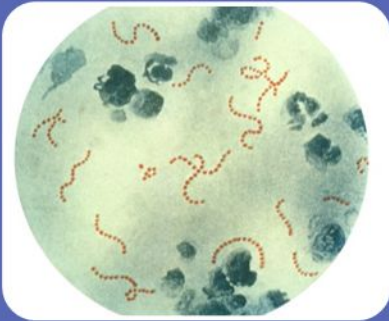
Местные осложнения: регионарный лимфаденит, экзема лица, острый гнойный отит, рожистое воспаление лица.

Общие осложнения: флегмона ретробульбарной клетчатки, тромбоз кавернозного синуса, гнойный менингит, метастатические пневмонии и гнойные плевриты, абсцессы почек, метастатические абсцессы в мягких тканях, костях и гнойные артриты, сепсис.

Рожистое воспаление



Инфекционное заболевание кожи или (реже) слизистой оболочки полости рта, известное еще со времен Гиппократ и Галена. Рожа кожных покровов волосистой части головы составляет 35-83%, а рожа лица — около 45% всех случаев первичного заболевания.



Возбудителем является *Streptococcus pyogenes* (гемолитические стрептококки группы А). Впервые эти микробы при роже были найдены в 1874 г. Bilrot.



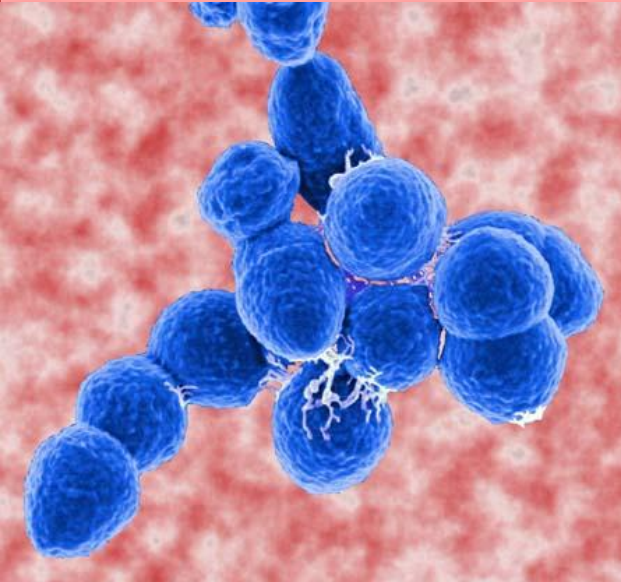
Локализуется возбудитель в лимфатических сосудах, подкожной основе и поверхностных слоях кожи. Особенно много их в периферической зоне очага поражения.

Классификация рожистого воспаления

- **Первичное** - развивается как результат местного внедрения инфекции и как результат ее гематогенного заноса. Экзогенное попадание в кожу возможно при расчесах, выдавливании угрей на лице, ранениях и операциях.
- **Вторичное** - возникает как осложнение карбункула или фурункула лица, реже — околооче



Патогенез



- 1) аллергическая перестройка организма на внедряющийся стрептококк (рожистая реакция на стрептококк — по И. В. Давыдовскому);
- 2) повышенная вегетативная реактивность.
 - Многие больные (около 23%) страдают от частых рецидивов рожи. Рецидивы в значительной мере объясняются стойким нарушением крово- и лимфоотока.

Формы клинического течения

- ❖ эритематозная,
- ❖ пустулезная,
- ❖ буллезная,
- ❖ гангренозная,
- ❖ флегмонозная.



Клиника

ИП = 24-72 ч.

Предвестники заболевания — отек, чувство зуда и жжения, а затем — озноб, повышение температуры тела до 39-40 °С и выше; на коже лица (обычно около носа, рта, глаз) появляется резко очерченная языкообразная или узорчатая краснота, которая своими изломанными очертаниями похожа на географическую карту. Кожа здесь приподнята, лоснится.



Клиника



Поражение лица обычно симметричное и напоминает по своей общей форме *крылья бабочки*. Это картина наиболее легкой фазы болезни — *эритематозной рожи*, которая может, очень быстро распространяясь (до 2-3 см/ч), захватить все лицо, волосистую часть головы, затылок и шею. Через несколько часов, а иногда спустя 24—48 ч после предвестников возникает регионарный

Клиника

- *Флегмонозная и гангренозная формы* рожи развиваются на лице редко и притом только у пожилых и ослабленных людей, вызывая или типичную флегмону кожи и подкожной основы, или гибель кожи и рубец. Распространение рожи на волосистую часть головы может привести к отслойке всей кожи, сепсису и менингиту.



Лечение

- 1) Общий покой, желательно в условиях *отдельной* палаты; общеукрепляющая (высокопитательная и витаминизированная) диета; пища должна быть мягкой (местный покой).
- 2) В основе этиотропного лечения — антибиотики. Дозы — в соответствии с тяжестью течения процесса.
- 3) При *ограниченной эритематозной форме* достаточно назначить антибиотики с УФО.
- 4) При *гангренозной форме* УФО противопоказано, а при *флегмонозной* — применяется с осторожностью (не более 1-2 сеансов). Полезно применять антиаллергические средства в сочетании с бромистыми препаратами. *В конце шелушения* кожу смазывать ртутно-витаминной мазью.
- 5) При наличии флегмонозного процесса — обязательная госпитализация больного и вскрытие флегмоны.
- 6) В случае *рецидива* - повторный курс указанного лечения, затем повторять его 3-4 раза через каждые

НОМА (ВОДЯНОЙ РАК)



Нома - своеобразная форма влажной гангрены тканей полости рта, лица и челюстей. Термин «водяной рак» предложен в XVII в в силу внешнего вида пораженных тканей (отечность, инфильтрация их) и свойством данного процесса распространяться

- Этиология не выяснена. Номой болеют, главным образом, дети, ослабленные или истощенные в результате кори и дизентерии, а у взрослых — при заболеваниях сердечно-сосудистой системы. В развитии предшествующего номе гангренозного стоматита играет роль смешанная инфекция полости рта, а также



Клиника

На слизистой оболочке рта появляется очаг *гангренозного* стоматита вблизи угла рта, на щеке или губе. Язва остается стабильной непродолжительное время, а затем начинает прогрессировать. Из рта исходит зловоние, лицо постепенно отекает; на коже, соответственно месту расположения язвы на слизистой оболочке, появляется сероватое, а затем черное пятно; на месте его через 2-5 дней от начала заболевания происходит перфорация тканей щеки, губы или угла рта, иногда всех тканей одновременно.

Некроз распространяется на десны, приводя к расшатыванию зубов; может перейти и на дно полости рта, язык, небо, зев. Из рта на шею



Клиника

Температура тела в начале заболевания повышается до 38-40°С, сопровождаясь тяжелым общим самочувствием и объективным состоянием: бред, рвота, понос (из-за заглатывания некротических масс), пневмония, гангрена легкого, сепсис.

При этом чем больше участок гибели мягких тканей, тем больше зона последующего рубцевания и тем более упорная

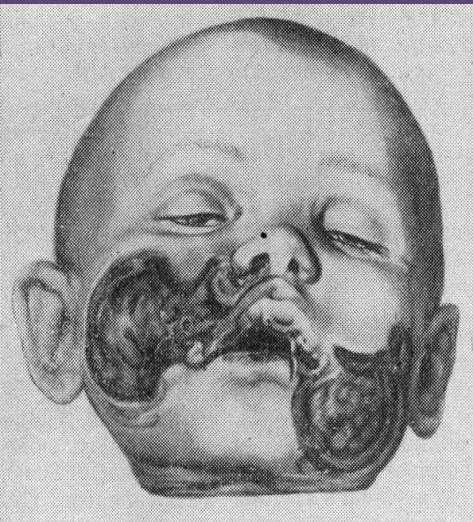


Лечение

- Должно быть направлено прежде всего на поднятие сопротивляемости организма больного и подавление жизнедеятельности микрофлоры в очаге поражения.
- Рекомендуется вводить антибиотики одновременно внутримышечно (через 4-12 ч в зависимости от тяжести заболевания и массы больного) и местно — в виде инфильтрирования тканей в окружности зоны поражения 1% раствором новокаина с антибиотиком.



Лечение



- Следует ввести в окружность номатозно измененных тканей противогангренозную сыворотку.
- На рану — антибиотики в порошках или тампон, смоченный в растворе антисептика (калия перманганата, фурацилина, меди сульфата).
- Для поднятия сопротивляемости организма рекомендуется вводить 50-100 мл свежей крови, аскорбиновую кислоту, никотиновую кислоту, тиамин, пентоксил, иммунотерапевтические препараты.

Список использованной литературы:

- 1. *Бельченко, В. А.* Черепно-лицевая хирургия: Руководство для врачей / В. А.Бельченко. — М.: ООО «Медицинское информационное агентство», 2006. — 340 с.
- 2. *Бернадский, Ю. И.* Основы челюстно-лицевой хирургии и хирургической стоматологии / Ю. И.Бернадский. – Витебск: Белмедкніга, 1998. – 404 с.
- 3. Клиническая оперативная челюстно-лицевая хирургия / Под ред. Н. М.Александрова. — Ленинград: Медицина, 1985. – С. 113–119.
- 4. *Рузин, Г. П.* Основы технологии операций в хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии / Г. П.Рузин, М. П. Бурых. — Харьков, 2000. — С.269–273.
- 5. *Тимофеев, А. А.* Руководство по челюстно-лицевой хирургии и хирургической стоматологии / А. А.Тимофеев. – Киев, 2002. – 946 с.

Будьте здоровы!

Спасибо за внимание!

