

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.

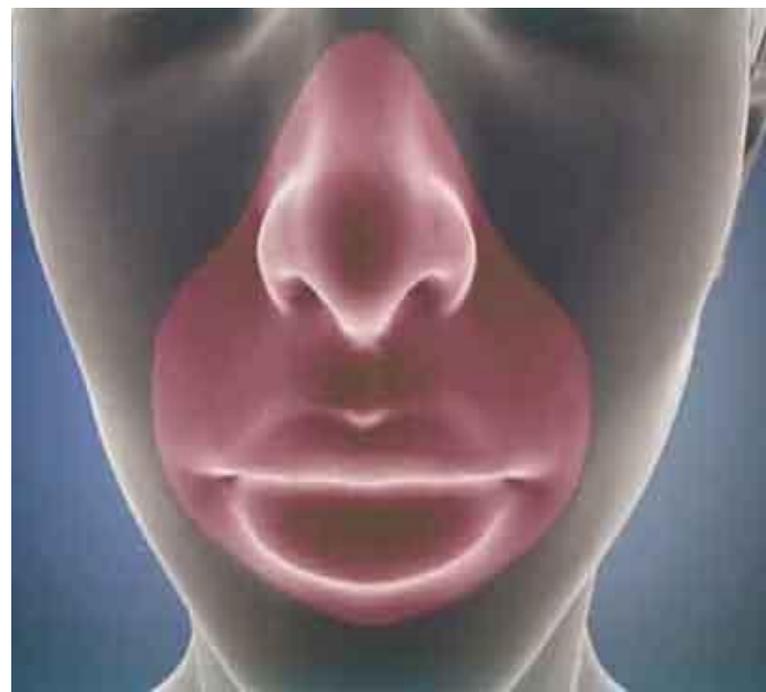
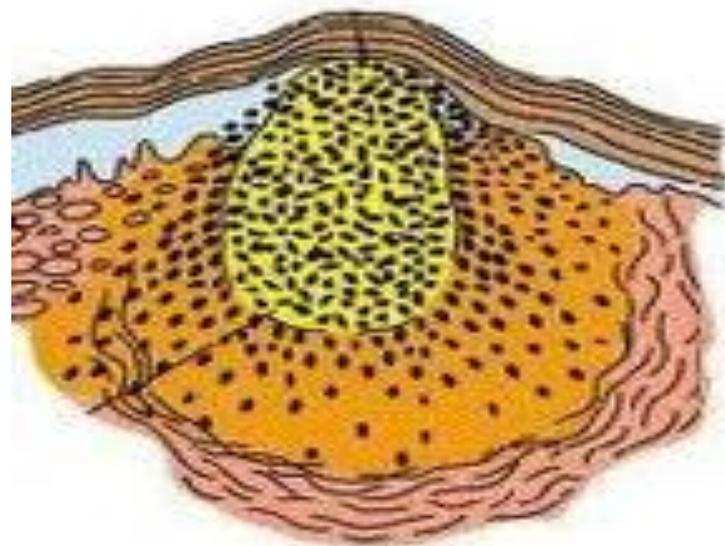
Нома сегодня встречается редко, гранулематоз Вегенера входит в группу заболеваний сосудов, и появление таких больных у стоматолога — чаще казуистика, чем правило.

# Фурункул

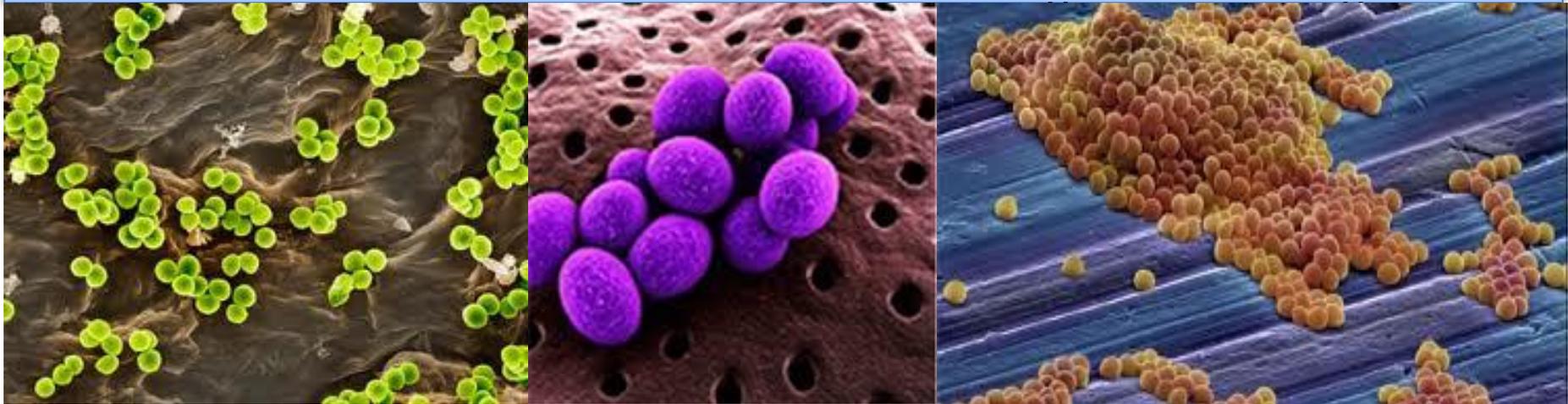
Это острое гнойно-некротическое воспаление волосяного фолликула и окружающей соединительной ткани; возникает в результате внедрения извне патогенных и вирулентных стафилококков (золотистых или белых).

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

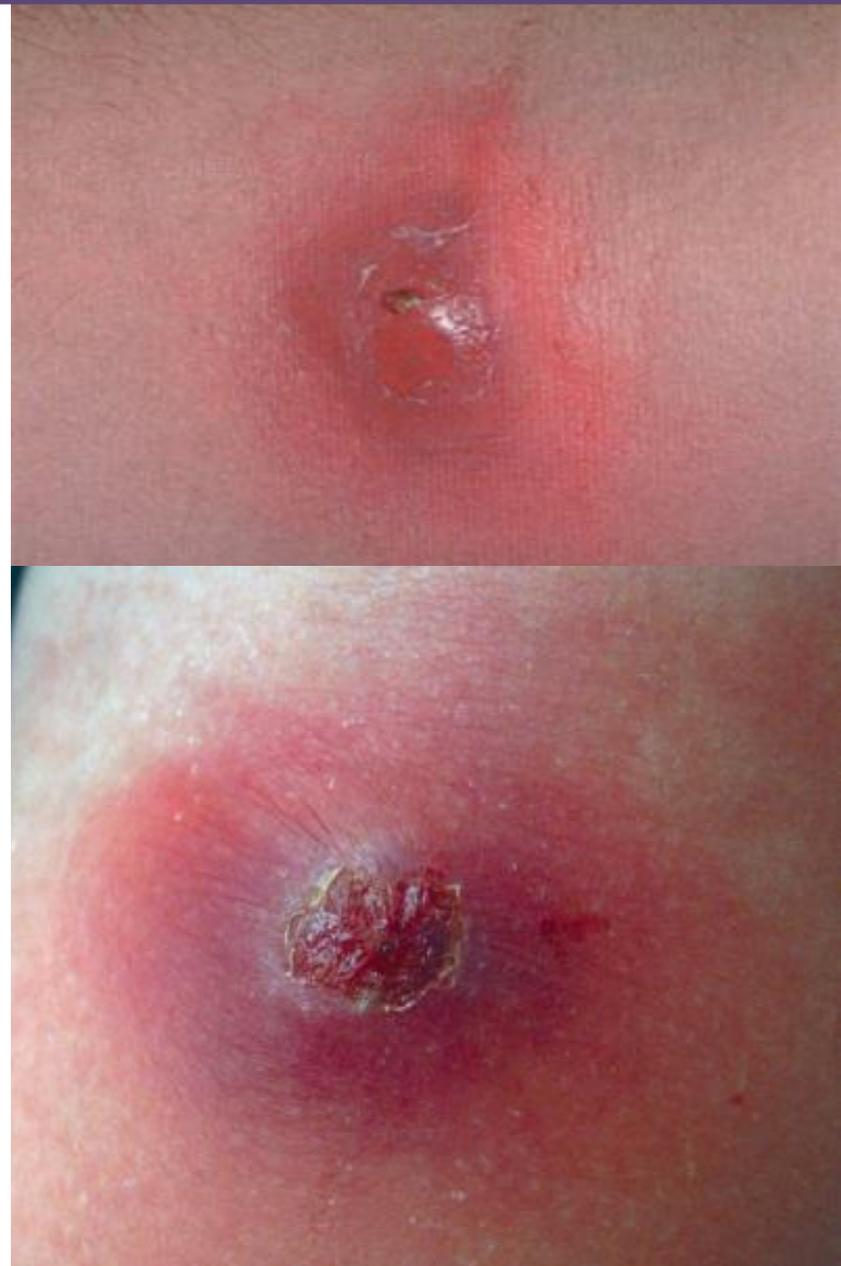


Начинается болезнь с явлений фолликулита, распространяющегося вокруг устья волосяного фолликула. Спустя 1-2 суток в собственно коже появляется воспалительный инфильтрат в форме ограниченного узла. Кожа над инфильтратом окрашена в багрово-синюшный цвет. Больные жалуются на значительную болезненность.

# 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-кровоянистая жидкость или имеются черные корки, необходимо дифференцировать банальный фурункул от сибиреязвенного фурункула (с помощью бак. исследования).

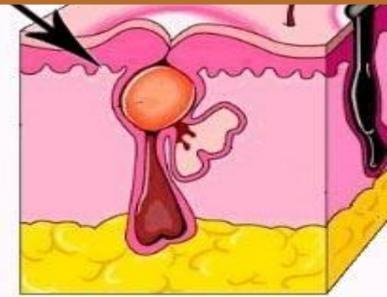


# Лечение

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

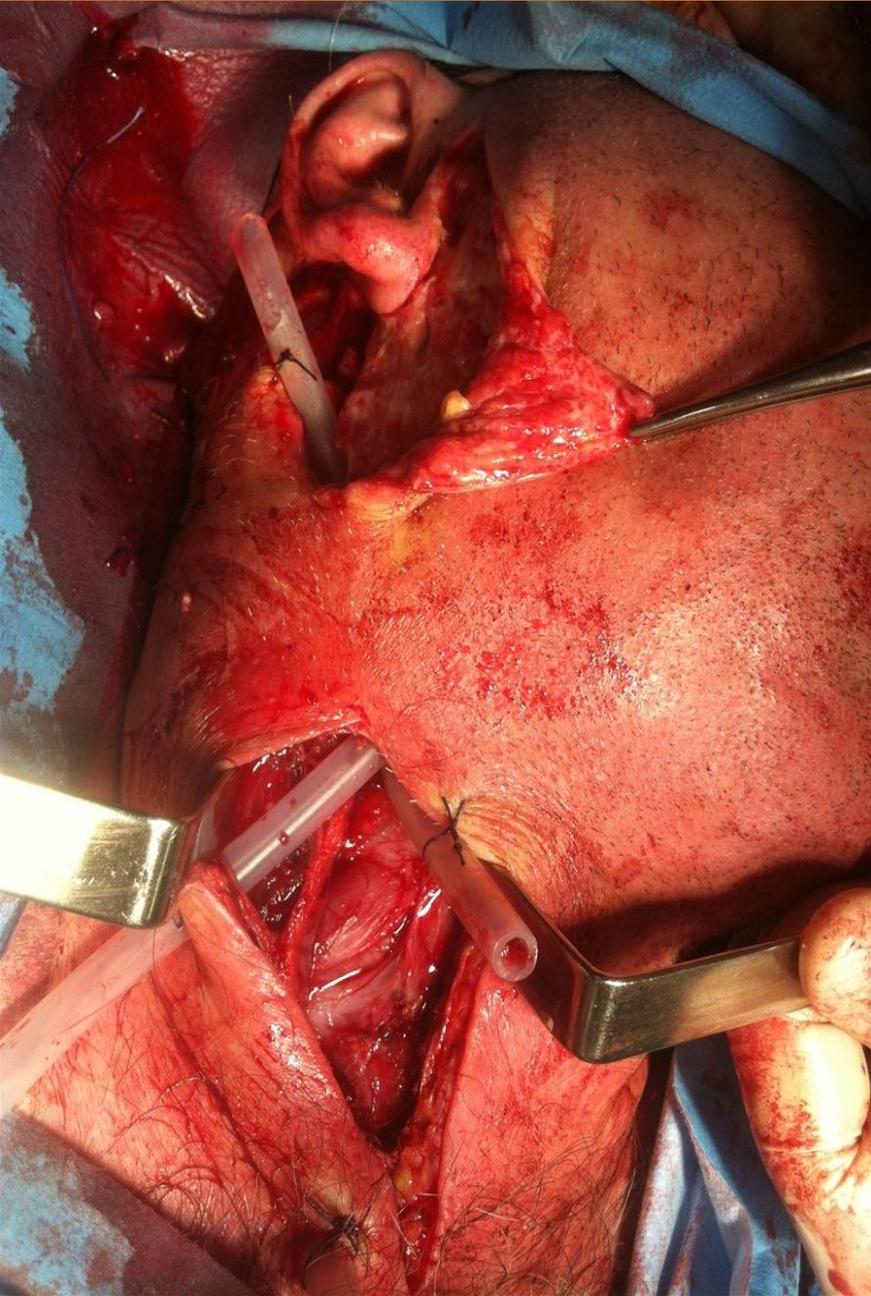


# Лечение



- 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



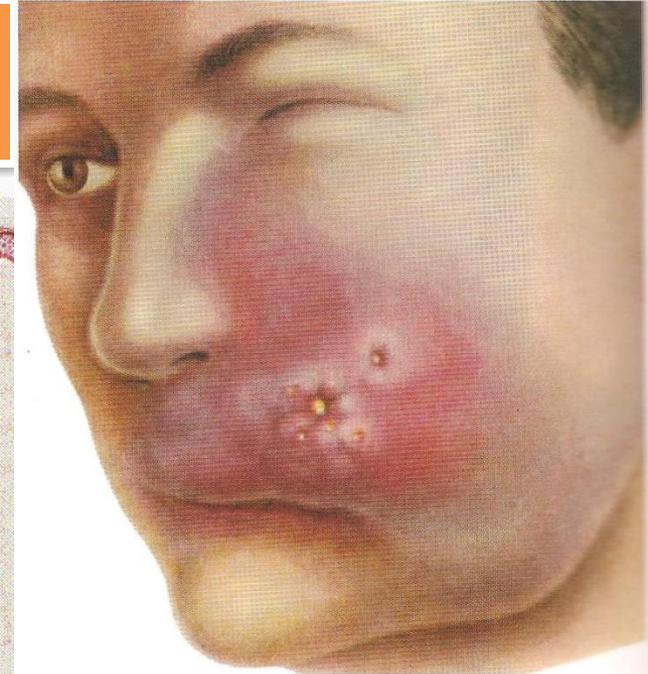
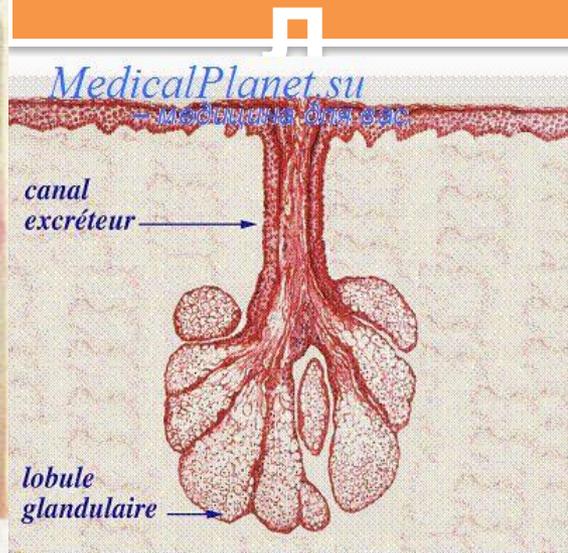
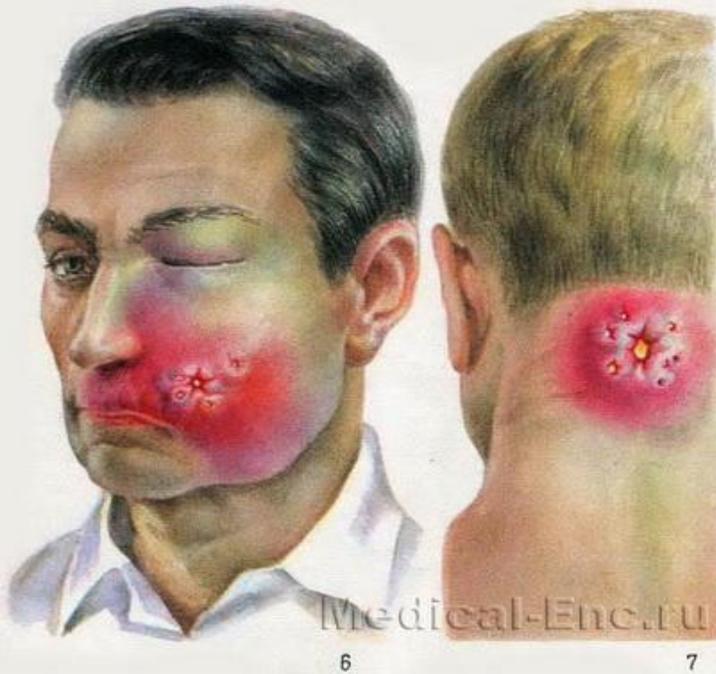
# Прогноз и осложнения

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

Под влиянием  
своевременно начатой  
интенсивной  
антибиотикотерапии



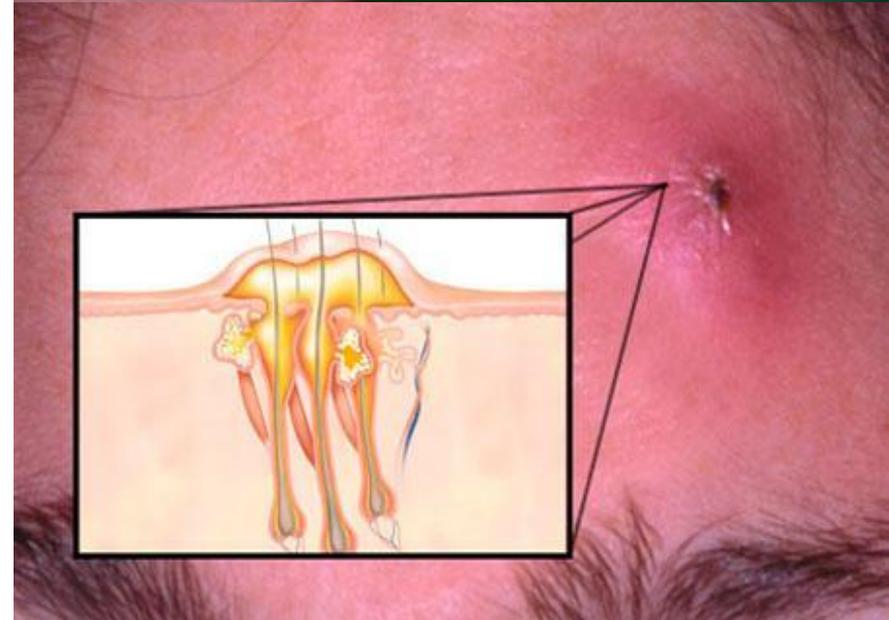
# Карбунку



- 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.

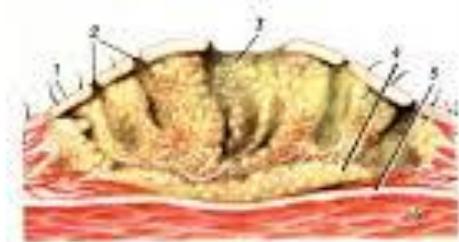
# Клиника

- 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

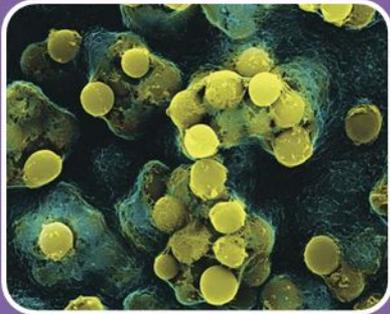
Доброкачественное течение карбункулов осложняется у 13% больных, а при злокачественном течении осложнения наблюдаются у 80% больных.

Осложнения могут быть местными и общими.

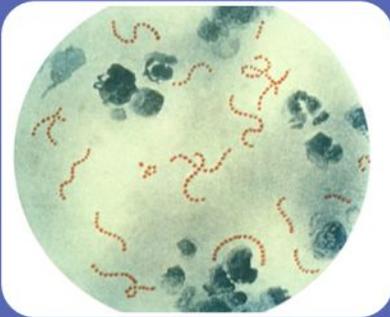
**Местные осложнения:** регионарный лимфаденит, экзема лица, острый гнойный отит, рожистое воспаление лица.

**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.



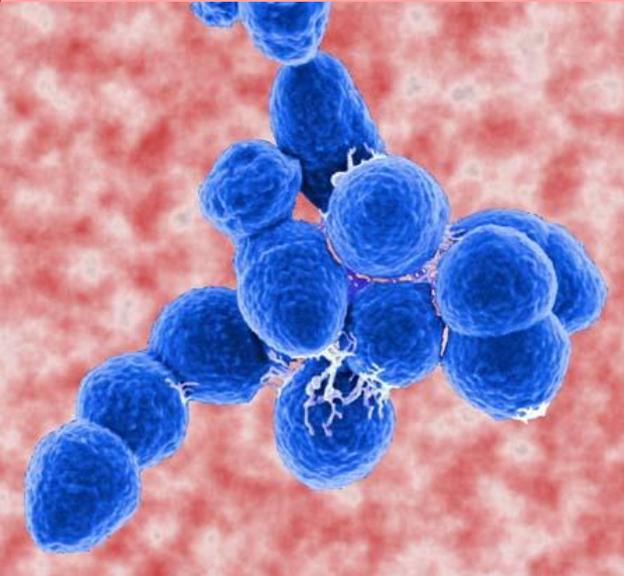
Локализуется возбудитель в лимфатических сосудах, подкожной основе и поверхностных слоях кожи. Особенно много их в периферической зоне очага поражения.

# 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°C, 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

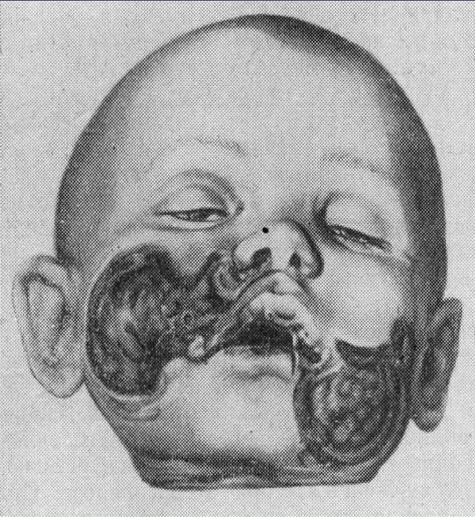


# Лечение

- 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!**

