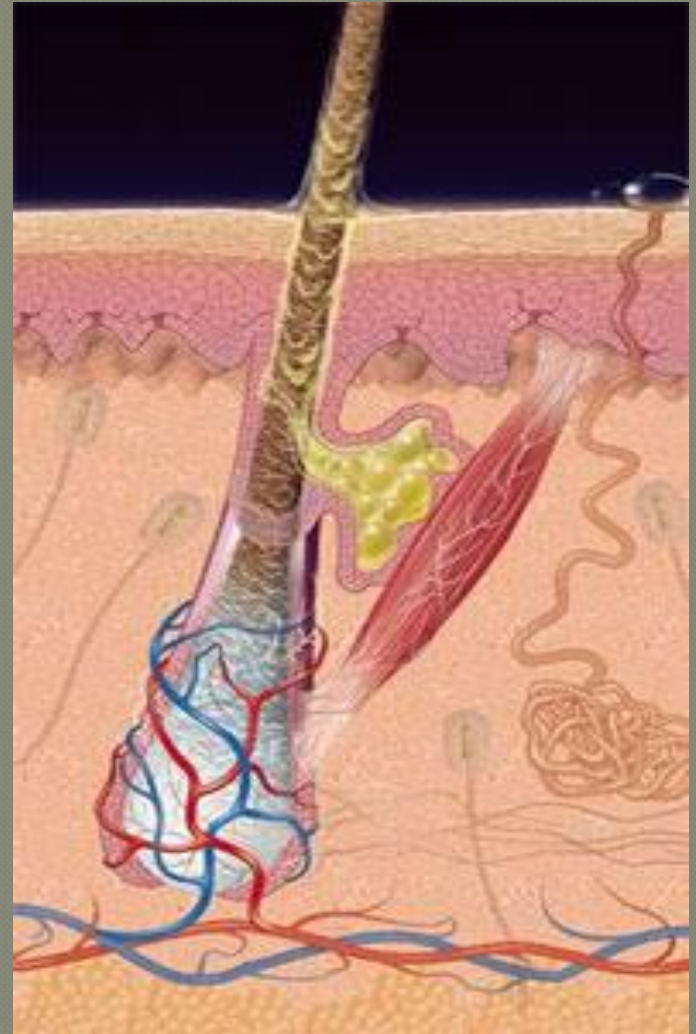


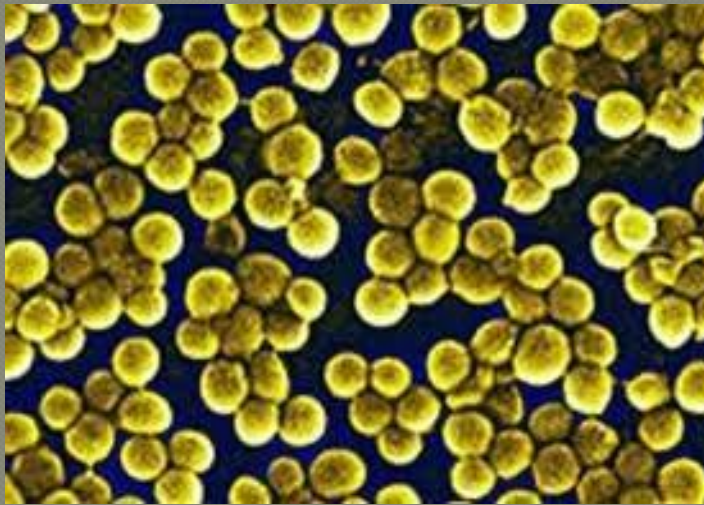
Фурункул

Фурункул - это острое гнойно-некротическое воспаление волосяного фолликула и окружающей соединительной ткани.



ЭТИОЛОГИЯ

Этиологическим фактором воспалительных заболеваний в абсолютном большинстве случаев
Возбудителем острой в подавляющем случае является **белый или золотистый стафилококк**, чаще в виде моноинфекции или в сочетании с другой кокковой флорой, например со стрептококком.



Локализация

Фурункулы чаще локализуются на губах, носу, подбородке, носогубной складке, щеках. Именно такая локализация наиболее опасна, поскольку распространению инфекции способствует **густая сеть лимфатических и венозных сосудов на лице**, соединяющихся с пещеристым синусом мозга, а также наличие **мимических мышц**, что не позволяет обеспечить **покой** пораженному участку лица.



Клинические проявления

В целом развитие фурункула происходит в течение **8–10 дней** и проходит пять стадий:

1 сут.

- альтерация

3 сут.

- экссудация

3 сут.

- инфильтрация

3 сут.

- пролиферация

10 сут.

- рубцевание

Стадия альтерации

Механическое повреждение.
Клинически проявляется
отёком.

Стадия экссудации

Зона гиперемии и инфильтрата увеличивается, он поднимается над поверхностью кожи в виде пирамиды, в центре которой под истонченной кожицей начинают просвечивать серо-зеленые массы (гнойно-некротический стержень). Увеличение воспалительных явлений сопровождается усилением болевого синдрома, развитием регионарного лимфаденита. Общие симптомы при фурункуле обычно представлены головной болью, слабостью и субфебрильной температурой.



Стадия инфильтрации.

Характерной особенностью фурункулов лица является выраженная отечность пограничных с узлом тканей. Процесс может завершиться постепенным стиханием воспалительных изменений (рассасывание инфильтрата) или переходом к следующей стадии.



Стадия пролиферации

Пролиферация представляет собой местное размножение клеток, где участие принимают различные тканевые компоненты. Характер восстановления повреждения зависит от вида ткани и объема повреждения: - При повреждении слизистых, кожи восстановление происходит за счет разрастания собственных клеток, (регенерации). - При обширных повреждениях восстановление происходит за счет соединительной ткани. Клетки соединительной ткани – фибробласты образуют новую ткань, которая затем превращается в рубец.

Стадия Рубцевания

В этой стадии происходит заживление раны с образованием малозаметного, белесоватого, слегка втянутого рубца



Лечение

- Лечение строго в стационаре!
Так как характерной особенностью ЧЛО являются обилие анастомозов, отсутствие клапанов и хорошее кровоснабжение.
- Анализ крови на сахарный диабет (около 90% случаев).

Лечение

При формировании гнойно-некротического стержня нужно способствовать его отторжению.

Для этого используют два метода:

1 метод: На кожу в области зоны некроза накладывают кристаллы салициловой кислоты, кожу вокруг обрабатывают мазью для защиты от кератолитического действия кристаллов и накладывают сухую повязку. Через несколько часов кристаллы лизируют тонкую кожу и начинается отторжение гнойно-некротического стержня



Лечение

2 метод: После обработки кожи антисептиком производят механическое удаление стержня пинцетом или москитом. При этом анестезия не требуется, но следует действовать аккуратно и исключить давление на ткани в области инфильтрата. После того как некротические массы начали поступать наружу, для создания их непрерывного оттока в образовавшийся канал в качестве дренажа аккуратно вводят тонкую полоску перчаточной резины. перевязки делают ежедневно, перчаточный выпускник удаляют после исчезновения инфильтрата и гнойного отделяемого, после чего накладывают сухие повязки.



Осложнения

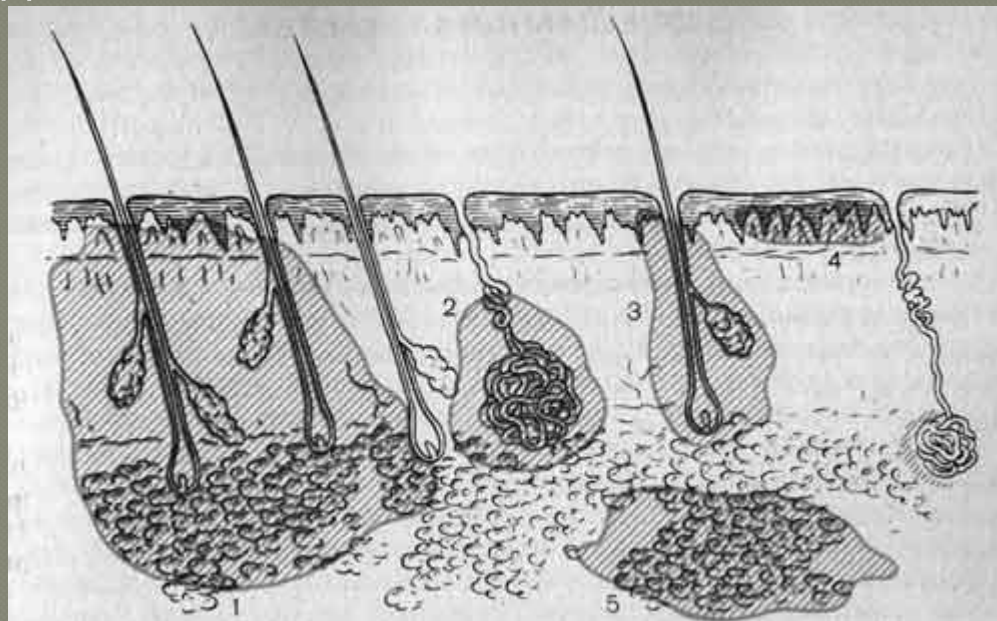
К осложнениям течения фурункулов относят:

- карбункулы, при которых одновременно поражается несколько волосяных фолликулов;
- тромбозы лицевых вен и пещеристого синуса;
- абсцессы и флегмоны;
- сепсис.



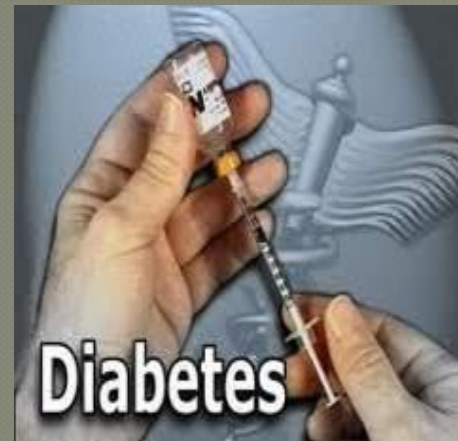
Карбункул

Карбункул - острое гнойно-некротическое воспаление нескольких волосяных мешочков и сальных желез, распространяющееся на окружающую подкожную жировую клетчатку и кожу. Оно сопровождается образованием общего воспалительного уплотнения, омертвением кожи и подкожной клетчатки вследствие тромбоза сосудов.



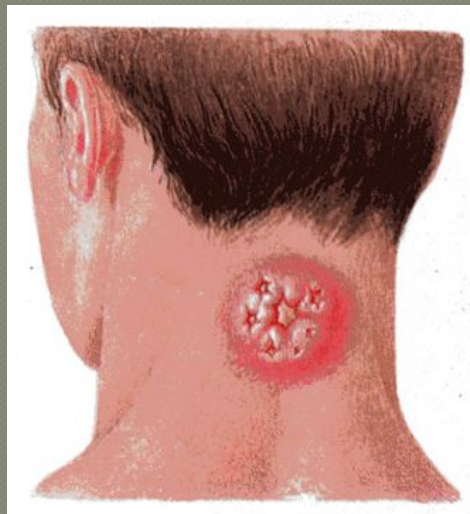
Этиология и патогенез

Карбункул вызывается стафилококком, значительно реже - стрептококком и возникает чаще у истощенных, ослабленных субъектов: у лиц, перенесших тяжелые инфекции, или с пониженным питанием, у стариков, больных диабетом, а также после резких охлаждений.



Частые места локализации

- задняя поверхность шеи;
- затылок;
- верхняя и нижняя губа;
- спина;
- поясница.



Клиническая картина

В результате слияния нескольких фурункулов образуется мощный инфильтрат с резко выраженным отеком, захватывающий кожу и подкожную клетчатку.

Вскоре карбункул вскрывается, обнажается омертвевшая ткань, которая видна через отверстия отдельных вскрывшихся фолликулов. В дальнейшем, при благополучном развитии процесса, некротизированные ткани отторгаются, обнажая обширный глубокий дефект, достигающий иногда фасций подкожной клетчатки. Дефект постепенно заполняется грануляциями и заживает глубоким втянутым рубцом.



Осложнения

- лимфангиит
- регионарный лимфаденит
- прогрессирующий тромбофлебит
- сепсис
- гнойный менингит.

При карбункуле лица прогрессирующий острый тромбофлебит 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.

Лечение

В начале заболевания, до формирования гнойно-некротического очага, показана антибактериальная терапия. Назначают антибиотики, широкого спектра действия — ампициллин, ампиокс, бисептол, фурагин. Показаны анальгезирующие и сердечные средства, молочно-растительная диета. Поверхность инфильтрата обрабатывают 70% этиловым спиртом и накладывают асептическую повязку. Применяют ультрафиолетовое облучение, УВЧ-терапию. При благоприятном эффекте консервативной терапии обратное развитие инфильтрата происходит через 2 — 3 дня и сопровождается уменьшением болей, снижением температуры тела, нормализацией картины крови.



Воспалительные заболевания слюнных желез носят названия сиаладенитов. Сиаладениты по течению бывают

- ◎ Острые
- ◎ Хронические

Этиология и патогенез.

- ◎ Острые сиаладениты вызываются
- ◎ Вирусами (фильтрующийся вирус при эпидемическом паротите - "свинке": вирусы гриппа, герпеса)
- ◎ Бактериальной флорой (стрептококки, стафилококки, кишечная палочка и др.).

Классификация.

Острые сиаладениты классифицируются:

I. По этиологии:

- ◎ Вирусные
- ◎ Неспецифические (бактериальные)

II. По локализации:

- ◎ Паротит (околоушная слюнная железа)
- ◎ Субмандибулит (подчелюстная)
- ◎ Сублингвит (подъязычная)

III. По характеру воспалительного процесса:

- ◎ Серозные (вирусные)
- ◎ Гнойные (бактериальные)
- ◎ Гнойно-некротические (бактериальные)

Клиника

Основные клинические признаки острого сиаладенита:

- ◎ Болезненность в области железы
- ◎ Увеличение слюнной железы в размере и как следствие припухлость в соответствующей области, асимметрия лица
- ◎ Гиперемия и напряженность кожи над железой (при гнойных сиаладенитах)
- ◎ Уменьшение слюноотделения
- ◎ Отделение экссудата из протока (серозного при вирусных поражениях и гнойного при бактериальных)
- ◎ Ухудшение общего состояния

Дифференциальная диагностика

Вирусный сиаладенит

- Характерны двусторонние поражения
- Характерен инкубационный период
- Сиаладенит носит серозный характер, из протока - серозное отделяемое
- Кожа над железой, как правило, не изменена

Бактериальный сиаладенит

- Обычно поражается одна железа
- Инкубационный период отсутствует
- Сиаладенит носит гнойный характер, из протока - гнойное отделяемое
- Кожа над железой гиперемирована, напряжена

Лечение

- 1) *Этиотропная терапия:*
 - Антибиотики, сульфаниламиды при бактериальных сиаладенитах (введение в выводной проток, применение внутрь и внутримышечно при прогрессировании процесса)
 - Интерферон, рибонуклеаза при вирусных сиаладенитах (полоскание рта, введение в проток, закапывание в нос)
- 2) *Увеличение слюноотделения:* пилокарпина гидрохлорид по 5-6 капель 3-4 раза в день, продукты, повышающие слюноотделение (кислое)
- 3) При серозном воспалении грелки, УВЧ, масляные компрессы
- 4) Компрессы с 30 % раствором димексида на 20-30 минут 1 раз в день
- 5) Нестероидные противовоспалительные средства, десенсибилизирующая терапия, витаминотерапия
- 6) Бужирование протока слюнной железы для улучшения оттока слюны и экссудата
- 7) При гнойно-некротическом процессе производят вскрытие капсулы железы

ЭПИДЕМИЧЕСКИЙ ПАРОТИТ

Это острое инфекционное вирусное заболевание, характеризующееся воспалением больших слюнных желез. Обычно поражаются околоушные, редко поднижнечелюстные (2,1%) и подъязычные (4,9%) слюнные железы. В основном болеют дети. Наибольший процент заболеваний приходится на возраст от 7 до 10 лет. Среди взрослых чаще болеют женщины.

ГРИППОЗНЫЙ СИАЛАДЕНИТ

В период эпидемии гриппа в стоматологические учреждения нередко обращаются больные с признаками острого сиаладенита какой-либо одной слюнной железы или нескольких больших и малых слюнных желез. Острый сиаладенит чаще начинается в одной железе, но очень быстро в процесс вовлекается парная. Воспалительные явления нарастают быстро, на протяжении 1–2 дней наступает гнойное расплавление железы, затем последовательно могут некротизироваться одна за другой большие и малые слюнные железы. У большинства больных сиаладенит при гриппозной инфекции возникает в околоушной железе, реже в поднижнечелюстной, подъязычной и малых слюнных железах. Часто поражаются обе парные слюнные железы, иногда наблюдают одновременное поражение околоушных и поднижнечелюстных желез.

ПОСТИНФЕКЦИОННЫЙ И ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫЙ СИАЛАДЕНИТЫ (ОСТРЫЙ БАКТЕРИАЛЬНЫЙ СИАЛАДЕНИТ)

Острый сиаладенит может развиваться при любом тяжелом заболевании. Наиболее часто он возникает при тифах. Существуют стоматогенный, гематогенный и лимфогенный пути распространения инфекции. В протоках железы обычно обнаруживают смешанную микрофлору: стафилококки, пневмококки, кишечную палочку и др. Инфекция чаще проникает через устье протока железы. Гипосаливация рефлекторного характера, наблюдающаяся при этих заболеваниях и в послеоперационном периоде при хирургических вмешательствах на брюшной полости, способствует инфекционному воспалению.



ЛИМФОГЕННЫЙ СИАЛАДЕНИТ

При лимфогенном распространении инфекции нередко отмечают поражение лимфатического аппарата околоушной железы. Источником инфекции могут быть воспалительные процессы в зеве, носоглотке, языке, периапикальных тканях зуба, коже лба и виска, ухе, носу, веках.

КОНТАКТНЫЙ СИАЛАДЕНИТ

Заболевание возникает в случаях распространения воспалительного процесса при флегмонах околоушно-жевательной, поднижнечелюстной или подъязычной областей одонтогенного происхождения. После стихания воспалительного процесса в клетчаточном пространстве и вскрытия флегмоны развивается воспаление в слюнных железах, чаще одностороннее.

СИАЛАДЕНИТ, ВЫЗВАННЫЙ ВНЕДРЕНИЕМ ИНОРОДНЫХ ТЕЛ В ВЫВОДНЫЕ ПРОТОКИ ЖЕЛЕЗ

После попадания инородного тела в проток железы больные обращаются к врачу в разные сроки, поэтому жалобы не бывают одинаковыми. В одних случаях их беспокоит периодически возникающее увеличение железы. Иногда может развиваться абсцесс или (редко) флегмона в окружности железы или ее протока.