

HOMA



Нома (нома; греч. *nomē* язва, распространение язвы) — разновидность влажной гангрены, поражающая, как правило, ткани полости рта и лица, возникающая при резком ослаблении защитных сил организма.



- Этиология полностью не выяснена. Некоторые авторы отмечают роль анаэробной инфекции, и в первую очередь — *Glostridium perfringens*. В очаге поражения обнаруживают также большое количество фузоспирохет, кокков и других представителей аэробной и анаэробной микрофлоры. Возникновение заболевания связывают главным образом с резким снижением сопротивляемости организма, в связи с чем сапрофитная микрофлора приобретает патогенные свойства. Обычно, нома возникает и развивается у истощенных лиц в годы народных бедствий (война, голод), а также после инфекционных заболеваний (корь, дизентерия, малярия, тифы, воспаление легких, лейшманиоз и др.), может наблюдаться у взрослых на фоне нарушения функции сердечно-сосудистой системы. Предрасполагающими моментами являются негигиеничное содержание полости рта, травма полости рта или лица. Некоторые авторы придают определенное значение в развитии номы последствиям тромбоза сосудов. Этому способствует в некоторой степени то, что дети, больные корью, в тяжелом состоянии адинамии обычно лежат неподвижно на одном боку, в связи с чем возможны стаз и нарушение кровообращения в щеке, которую ребенок прижимает к подушке. Номой заболевают преимущественно дети раннего возраста - от 1 года до 3 лет, реже в возрасте от 4 до 8 лет, еще реже заболевание встречается среди более старших детей - от 9 до 15 лет



Рис. 168. Нома. Различные стадии болезни у одного и того же ребенка.

а — поражено только основание верхней губы и перегородка носа; *б* — поражена вся верхняя губа; *в* — процесс распространился на щеки; *г* — процесс захватил весь нос, щеки и нижнюю губу (по материалам кафедры хирургической стоматологии Московского медицинского стоматологического института).



Рис. 169. Нома. Поражена верхняя губа, часть щеки и носа, а также подбородок.

Клиническая картина нома:



Характеризуется бурным течением. На слизистой оболочке полости рта или коже лица возникает воспалительный очаг, представляющий собой пузырек, заполненный мутной или геморрагической жидкостью, который затем превращается в пятно темно-синего цвета. Окружающая кожа приобретает восковую с перламутровым оттенком окраску (восковидная зона), прилежащие ткани отечны, плотны на ощупь (стекловидный отек). Процесс быстро (в течение приблизительно 3 дней) распространяется вширь и вглубь. В зависимости от локализации первичного поражения он может переходить на десны и челюстные кости, вызывая подвижность зубов, на твердое небо, верхнечелюстную пазуху и другие области. Пораженные участки безболезненны, некротизированные ткани издают резкий гнилостный запах. После их отторжения из раны выделяется мутная зловонная жидкость; кровотечение отсутствует. Общее состояние больного тяжелое, температура тела повышается до 39—40°, наблюдаются другие симптомы выраженной интоксикации. При благоприятном исходе после постепенного очищения раны (процесс заживления происходит медленно) на месте погибших тканей образуются грубые обезображивающие рубцы. Сопровождающие их контрактуры, например височно-нижнечелюстного сустава, приводят к функциональным нарушениям, затрудняющим прием пищи. Нома может осложниться пневмонией, гангреной легкого, сепсисом.



СИМПТОМЫ НОМЫ:



- Общее состояние больных крайне тяжелое, напоминает тяжелый сепсис. Температура повышается незначительно - до 37-37,5°. Пульс быстро падает, становится частым, плохого наполнения, развивается крайняя слабость, сознание затемняется. Лицо землистого цвета. Больные апатичны, адинамичны, слабо реагируют на окружающее. Все это свидетельствует о сильной общей интоксикации. Заглатывание продуктов гангренозного распада влечет за собой осложнения в виде желудочно-кишечных расстройств, пневмонии и гангрены легких. Пораженные участки не вызывают болезненных ощущений, больные не жалуются на боли. Лимфатические подчелюстные узлы обычно увеличены, плотны, чувствительны при ощупывании. Наступают резкие изменения в крови. Количество лейкоцитов у разных больных колеблется от 2500 до 19 000, чаще наблюдается лейкопения. Отмечается сдвиг лейкоцитарной формулы влево со значительным увеличением количества палочкоядерных нейтрофилов вплоть до появления юных форм и миелоцитов. Наблюдается отсутствие эозинофилов, лимфопения (8—12%). Число моноцитов падает, появляется токсическая зернистость лейкоцитов. В моче появляется белок.



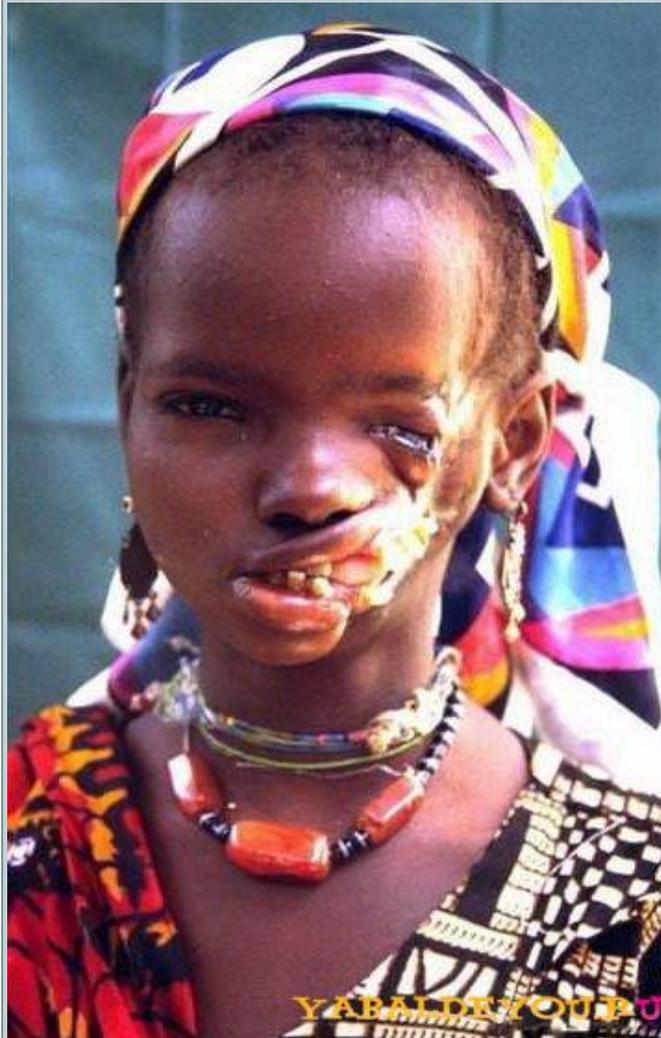


- Диагноз устанавливают на основании характерной клинической картины. Дифференциальный диагноз проводят с флегмоной, сибиреязвенным карбункулом, распадающейся раковой опухолью и так называемыми номоподобными процессами в виде некроза мягких тканей, наблюдающихся, например, при агранулоцитозе, для которых не характерно наличие стекловидного отека по периферии очага.

Лечение:



- Больной подлежит госпитализации, назначают антибиотики, преимущественно пеницилин по 50 000 — 100 000 ЕД через 4— 6—12 часов в зависимости от возраста больного и тяжести процесса, и общеукрепляющее лечение. Наряду с антибиотиками обязательны ударные дозы витаминов С и комплекса В, показано введение антигангренозной сыворотки и переливание крови. Местно применяется присыпка 2-3 раза в день из сульфаниламидных препаратов (норсульфазол, стрептоцид и пр.) или из антибиотиков. Местно применяют орошения и промывания пораженных участков антисептическими растворами (перманганата калия, фурацилина), на рану накладывают повязки с антибиотиками, препаратами нитрофуранового ряда, мазью Вишневского, мазью «Левомеколь». Дефекты тканей и рубцы устраняют пластическими операциями не ранее чем через 2-3 года.
Профилактика — тщательное наблюдение за полостью рта детей, болеющих корью, диареей различной этиологии и другими истощающими заболеваниями.



Спасибо за
внимание!

