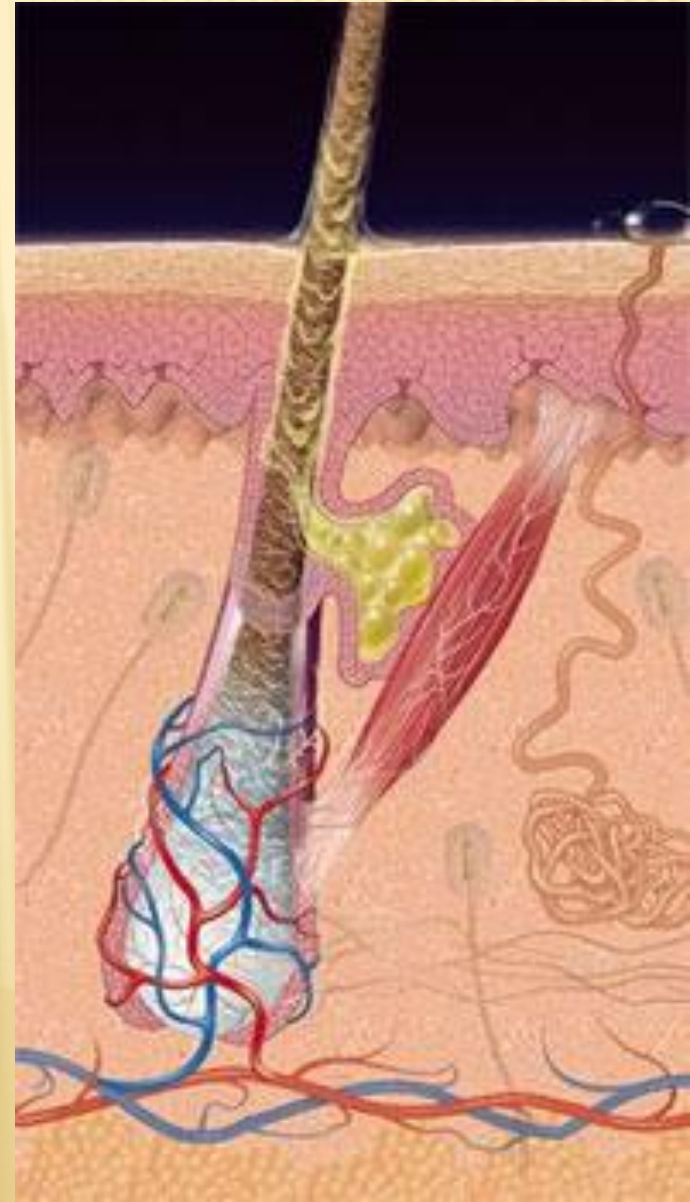


ФУРУНКУЛЫ И КАРБУНКУЛЫ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ

ФУРУНКУЛ

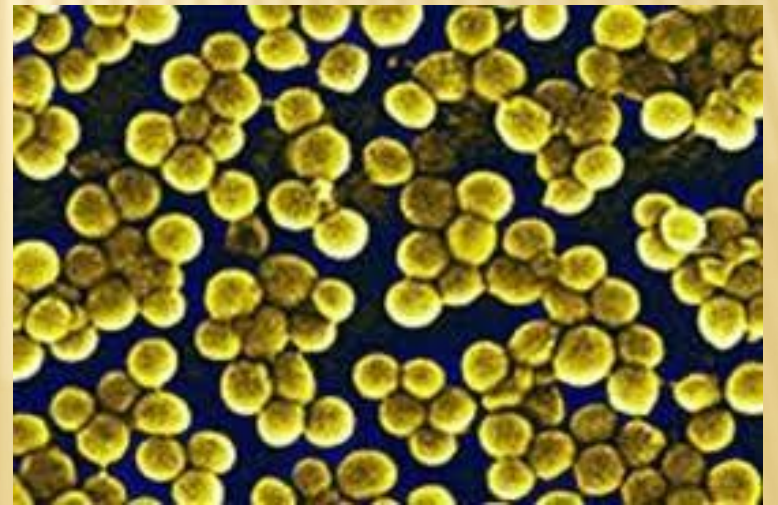
Фурункул - это острое гнойно-некротическое воспаление волосяного фолликула и окружающей соединительной ткани.



ЭТИОЛОГИЯ

Этиологическим фактором воспалительных заболеваний в абсолютном большинстве случаев (96-98 %) является одонтогенная инфекция, т. е. распространение микробного агента **из полости зуба при осложнениях кариеса**, через множественные мелкие отверстия в кортикальной пластинке лунки зуба в костномозговые пространства альвеолярного отростка.

Возбудителем острой одонтогенной инфекции в подавляющем случае является **белый или золотистый стафилококк**, чаще в виде **моноинфекции** или в сочетании с **другой кокковой флорой**, например со стрептококком.



ФАКТОРЫ РАЗВИТИЯ

К предрасполагающим факторам возникновения фурункулов относят нарушение гигиенических требований при бритье, обработке угрей, выдавливание гнойничков (45 %), профессиональные факторы среды (загрязнение кожи мазутом, частицами цемента, извести, угля), неблагоприятные метеорологические условия (переохлаждение или перегревание организма). Особое значение в возникновении заболевания придают нарушениям обмена веществ (сахарный диабет, гиповитаминоз).



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.
 - инфильтрация
- 3 сут.
 - экссудация
- 3 сут.
 - пролиферация
- рубцевание

СТАДИЯ АЛЬТЕРАЦИИ

Механическое повреждение.
Клинически проявляется
отёком

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 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 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).
- Коагулограмма, поскольку нелеченный фурункулёз приводит к риску возникновения тромбофлебитов.

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 или рану ведут открытым способом, обрабатывая бриллиантовым зеленым.



ЛЕЧЕНИЕ

- В стадии инфильтрации наблюдаем три дня (до экссудации), чтобы решить, рассекать или нет. Назначаем АБ СШД. Отёк снимаем полуспиртовыми растворами, электрофорезом с йодом и лазером. В истории болезни каждый день пишем, что нет признаков тромбофлебита.
- В стадии экссудации проводится дренирование, удаление гнойно-некротического стержня. сразу после дренирования – УВЧ и лазер. Каждый день
Обрабатываем рану перекисью водорода, ферментами

ЛЕЧЕНИЕ

- В стадии пролиферации применяются также и местнораздражающие средства, напр. мазь Вишневского. Назначаем УВЧ, лазер. В истории болезни два раза в день пишем: «пальпация в проекции угловой вены безболезненна».
- В стадии рубцевания – электрофорез с лидазой, мази с гепарином и ферментами, длительное тепло - восковые аппликации + дарсонваль (побочное действие – оволосянение).

ОСЛОЖНЕНИЯ

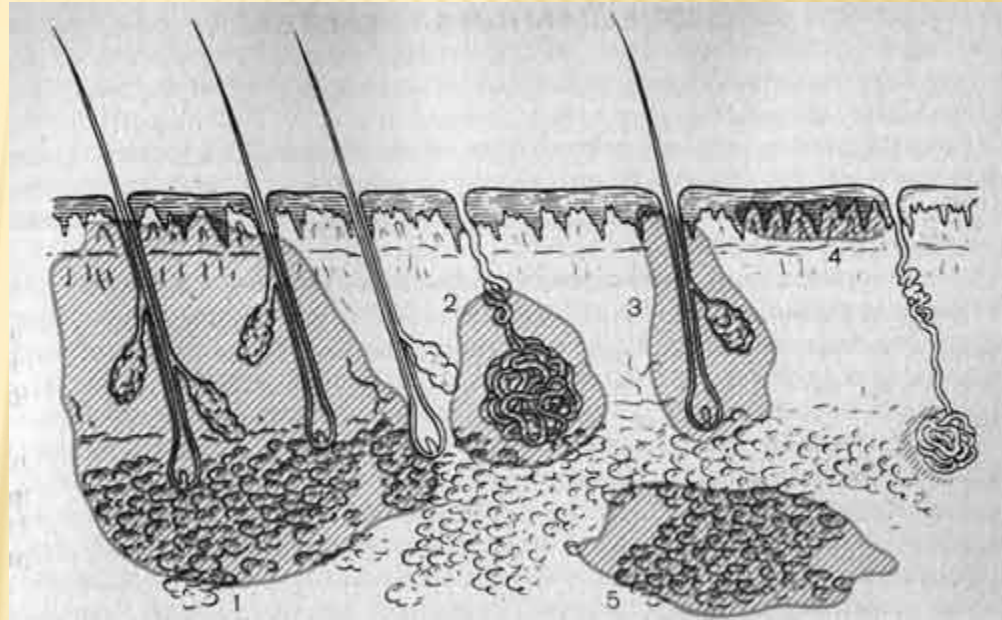
К осложнениям течения фурункулов относят:

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



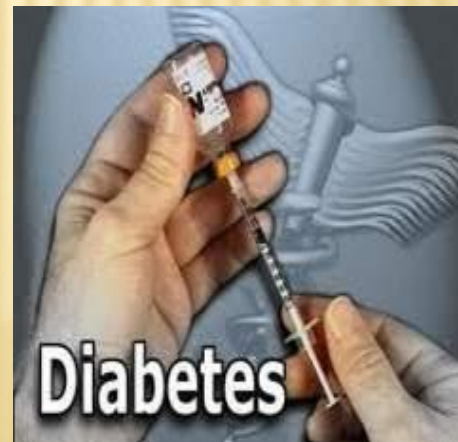
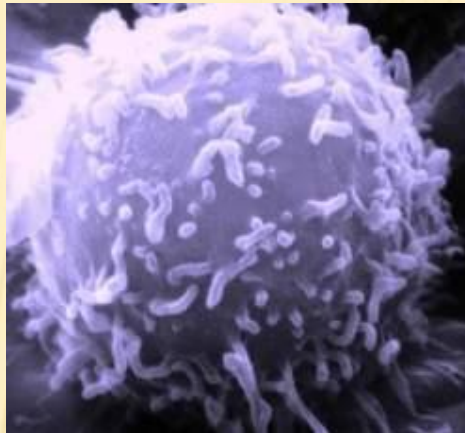
КАРБУНКУЛ

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.



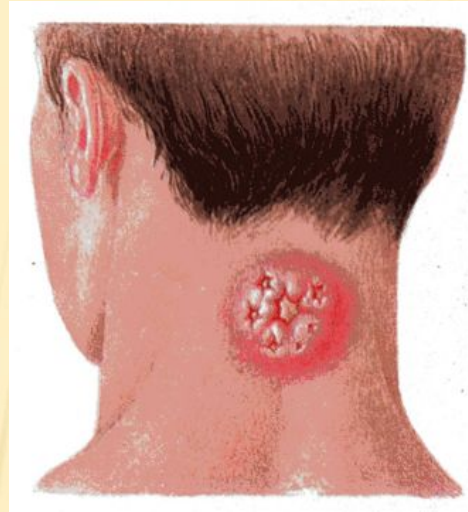
ЭТИОЛОГИЯ И ПАТОГЕНЕЗ

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

- лимфангит
- 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

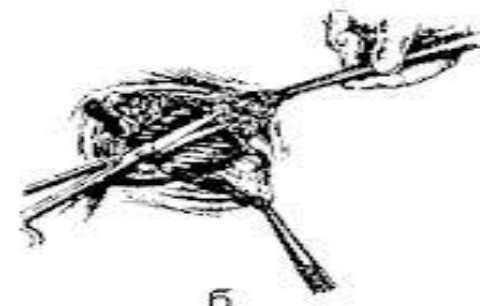
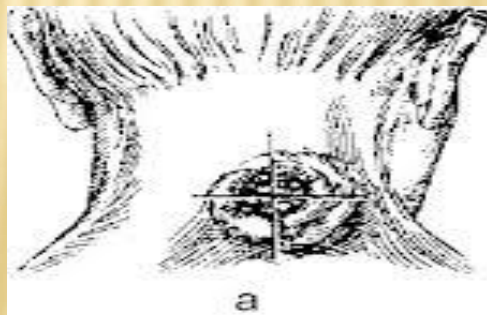
В начале заболевания, до формирования гнойно-некротического очага, показана антибактериальная терапия. Назначают антибиотики, широкого спектра действия — ампициллин, ампиокс, бисептол, фурагин. Показаны анальгезирующие и сердечные средства, молочно-растительная диета. Поверхность инфильтрата обрабатывают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



ЛЕЧЕНИЕ

Показанием к операции является формирование очага некроза. Операцию по поводу небольшого карбункула проводят под местной анестезией 0,5 — 0,25% раствором новокаина. Карбункул крестообразно рассекают через всю толщу некроза до жизнеспособных тканей с последующей некрэктомией. Операцию заканчивают введением в рану тампонов с гипертоническим раствором хлорида натрия или протеолитическими ферментами. До окончательного отторжения гнойно-некротических масс ежедневно сменяют повязки с протеолитическими ферментами, гипертоническим раствором хлорида натрия, по показаниям выполняют этапные некрэктомии, затем применяют препараты на мазевой основе (10% метилурациловая мазь, винилин и др.). После операции продолжают антибактериальную терапию, физиотерапию.

а - крестообразный
разрез; б - отсепаровка
лоскутов и некрэктомия



ЛЕЧЕНИЕ

Физиотерапия больных с фурункулами лица в виде УФ- и ИК-облучения и электроимпульсной стимуляции местных тканей, в комплексе лечения, позволяет повысить эффективность лечения, уменьшение интоксикации, что проявляется в улучшении реологических свойств эритроцитов.

Указанное физиотерапевтическое воздействие несложно в выполнении, его можно проводить как в стационарных условиях, так и в поликлинике.

С учетом потенциальной возможности распространения инфекции по клетчаточным пространствам и венам лица в полость черепа, при фурункулах и карбункулах системная антибиотикотерапия проводится всем пациентам в обязательном порядке. Препаратами выбора являются оксациллин, цефалоспорины III — IV поколения, линкозамиды, макролиды. Возникновение осложнений — абсцедирование, наличие интоксикации и высокой температуры при фурункулах лица, образование карбункула — является показанием для неотложной госпитализации больных в общие хирургические и стоматологические отделения.

ТЕЧЕНИЕ И ПРОГНОЗ

Обычный цикл эволюции карбункула 3-4 недели. Прогноз всегда серьезный (возможность развития сепсиса), особенно у стариков и ослабленных больных, а также при указанной опасной локализации.

Для предотвращения возникновения фурункулов и карбункулов лица нужна прежде всего профилактика гнойничковых заболеваний кожи, санация полости рта и носа, являющихся основными резервуарами патогенных стафилококков в организме человека.



СПАСИБО ЗА ВНИМАНИЕ!