

РОССИЙСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ ДРУЖБЫ НАРОДОВ
КАФЕДРА ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ХИРУРГИИ

Актиномикоз челюстно-лицевой области

Выполнила студентка группы 402

Надарейшвили Нина

ОПРЕДЕЛЕНИЕ

Актиномикоз — инфекционное заболевание, вызываемое актиномицетами (лучистыми грибами). Заболевание может поражать все органы человека, но примерно в 70—80% случаев локализуется в области лица, в частности челюстей.

ЭТИОЛОГИЯ

- Возбудители – лучистые грибы (бактерии). При актиномикозе у человека чаще всего выделяется анаэробная форма. Значительную роль играют смешанная инфекция и анаэробные микробы.
- Анаэробная инфекция помогает проникновению актиномицетов в ткани ЧЛО и дальнейшему распространению по клеточным пространствам.

ПАТОГЕНЕЗ

Возникает в результате аутоинфекции, когда лучистые грибы проникают в ткани ЧЛО, и формируется специфическая гранулема или несколько гранулем.

В полости рта актиномицеты находятся в зубном налете, кариозных полостях зубов, патологических зубодесневых карманах, на миндалинах; составляют основную строму зубного камня.

- Ведущим механизмом развития является нарушение иммунной системы.
- Большое значение имеют местные патогенетические причины – одонтогенные или стоматогенные, реже – тонзиллогенные и риногенные воспалительные заболевания, а также повреждения тканей.
- Развиваются нарушения специфического иммунитета и феномены иммунопатологии, ведущий из которых – аллергия.
- Входные ворота – кариозные зубы, патологические зубодесневые карманы, поврежденная и воспаленная слизистая оболочка полости рта, зева, носа, протоки слюнных желез.
- Распространяются контактным, лимфогенным и гематогенным путями
- Специфический очаг – в хорошо васкуляризованных тканях: рыхлой клетчатке, соединительнотканых прослойках мышц и органов кости, где актиномицеты образуют колонии – друзы.
- Инкубационный период - от нескольких дней до 2-3 недель.

КЛАССИФИКАЦИЯ

- 1) кожная; 2) подкожная; 3) подслизистая;
- 4) слизистая;
- 5) одонтогенная актиномикозная гранулема;
- 6) подкожно-межмышечная;
- 7) актиномикоз лимфатических узлов;
- 8) актиномикоз периоста челюсти;
- 9) актиномикоз костей челюсти;
- 10) актиномикоз органов полости рта и челюстно-лицевой области (язык, миндалины, слюнные желёзы, верхнечелюстная пазуха).

КОЖНАЯ ФОРМА

- В результате распространения одонтогенной инфекции и повреждения кожного покрова.
- Жалобы на незначительные боли и уплотнение на небольшом протяжении кожи щеки, поднижнечелюстной области и других областях шеи; постепенное увеличение и уплотнение очага.
- Осмотр: воспалительная инфильтрация кожи, один или несколько очагов, прорастающих наружу. Кожа истончается, цвет от ярко-красного до буро-синего.
- На коже – пустулы, заполненные серозной или гнойной жидкостью или бугорки, содержащие грануляционные разрастания.



ПОДКОЖНАЯ ФОРМА

- В подкожной клетчатке, вблизи одонтогенного очага. На фоне одонтогенного гнойного заболевания или поражения надчелюстных или щечных лимфатических узлов.
- Боль и припухлость в щечной или поднижнечелюстной, околоушной, позадичелюстной областях.
- Осмотр: плотный и безболезненный инфильтрат в подкожной клетчатке. В период распада гранулемы кожа спаивается с подлежащими тканями, становится ярко-розовой до красноты, в центре очага – участок размягчения.
- В очаге могут быть более выражены экссудативные процессы (очаг дает периодические нагноения в виде нагноения) или пролиферативные изменения (в очаге – разрастание вялых грануляций).

**ПОДКОЖНАЯ ФОРМА АКТИНОМИКОЗА ЛИЦА
СПРАВА**

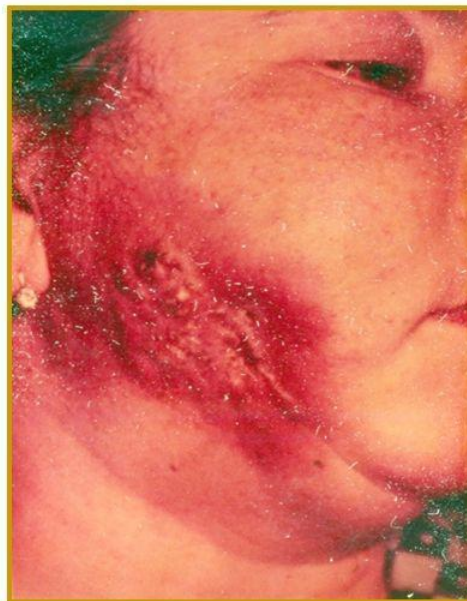




Рис. 78. Подкожная форма актиномикоза щечной области слева.

ПОДСЛИЗИСТАЯ ФОРМА

- Умеренные болевые ощущения в очаге. Увеличиваются в зависимости от локализации – при открывании рта, глотании, разговоре. Далее – ощущение неловкости, инородного тела.
- Пальпация: округлой формы плотный инфильтрат, в дальнейшем ограничивается. Слизистая оболочка под ним спаивается.
- В подслизистой основе верхней и нижней губ, щек, в позадимолярной области, крыловидно-нижнечелюстной, подъязычной складке, надминдаликовой ямке.

СЛИЗИСТАЯ ФОРМА

- Через поврежденную и воспаленную слизистую оболочку полости рта.
- Медленное, спокойное течение. Незначительные боли в очаге.
- Осмотр: поверхностно расположенный инфильтрат с ярко-красной слизистой оболочкой над ним. Часто очаг распространяется наружу, слизистая оболочка истончается, происходит ее прорыв – образуются отдельные мелкие свищевые ходы, из которых выбухают грануляции.



ОДОНТОГЕННАЯ АКТИНОМИКОЗНАЯ ГРАНУЛЕМА

- В коже и подкожной клетчатке. Тяж по переходной складке от зуба к очагу в мягких тканях.
- В подслизистой основе. Схоже с подслизистой формой. Тяж не всегда.
- В надкостнице. Медленное бессимптомное течение. Очаг интимно связан с пораженным периодонтом. Часто распространяется к слизистой оболочке, образуя свищевой ход.

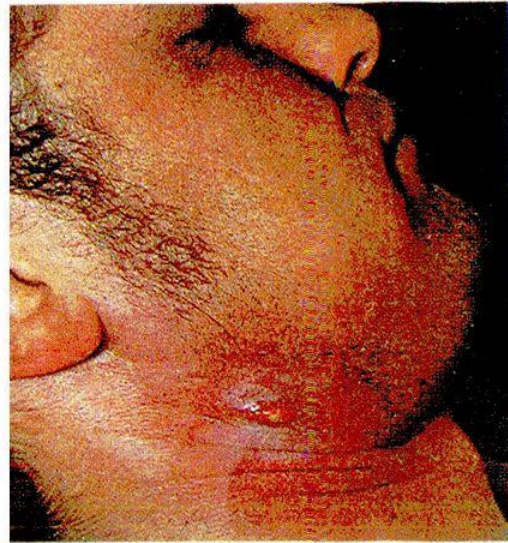
ПОДКОЖНО-МЕЖМЫШЕЧНАЯ ФОРМА

Процесс развивается в подкожной, межмышечной, межфасциальной клетчатке, распространяется на кожу, мышцы, челюстные и другие кости лица. Локализуется в поднижнечелюстной, щечной и околоушно-жевательной области, поражает ткани височной, подглазничной, скуловой областей, подвисочной и крыловидно-небной ямок, крыловидно-нижнечелюстного и окологлоточного пространств и других областей шеи.

- Припухлость (воспалительный отек и последующая инфильтрация мягких тканей).
- Прогрессирующее ограничение открывания рта (если место внедрения – большие коренные зубы; поражение жевательной и внутренней крыловидной мышцы).

- Осмотр: синюшность кожного покрова над инфильтратом.
- Прорыв истонченного участка кожи ведет к ее перфорации с выделением тягучей гнойной жидкости.
- Острое начало сопровождается повышением температуры до 39°C, боли. После вскрытия очага острые воспалительные явления стихают. Отмечаются доскообразная плотность периферических отделов инфильтрата, участки размягчения в центр со свищевыми ходами. Кожа спаяна, синюшна.
- Два направления: постепенная резорбция и ограничение инфильтрата или распространение на соседние ткани.

**Подкожно-межмышечная форма
актиномикоза поднижнечелюстной
области справа**



а

АКТИНОМИКОЗ ЛИМФАТИЧЕСКИХ УЗЛОВ

- В лицевых, подбородочных, поднижнечелюстных, шейных лимфатических узлах; преобладает поражение в виде абсцедирующего или гиперпластического лимфаденита.
- Поражение лимфатических узлов поднижнечелюстного или подбородочного треугольников и передних шейных протекает в виде аденофлегмоны (одновременное поражение соседней клетчатки).
- Поверхностно расположенный плоский инфильтрат, вначале плотный, затем размягчающийся и спаивающийся с кожей.
- Лимфатический узел увеличен, постепенно спаивается с прилежащими тканями, вокруг нарастает инфильтрация тканей.
- При абсцедировании усиливаются боли, повышается температура, появляется недомогание. После вскрытия процесс подвергается обратному развитию, но полностью инфильтрат не рассасывается. Характерно развитие склероза тканей по периферии гранулемы и соседней с ней клетчатки.
- Аденофлегмона. Резкие боли в пораженной области. Повышение температуры. Разлитой, плотный, болезненный инфильтрат, отек в соседних тканях, кожа спаивается и приобретает красновато-синюшную окраску.
- При гиперпластической форме лимфатический узел увеличенный, плотный, напоминает опухоль. Медленное течение.



Рис. 80. Абсцедирующий актиномикозный лимфаденит околоушной области слева.



Рис. 81. Абсцедирующий актиномикозный лимфаденит лица и шеи.

АКТИНОМИКОЗ ПЕРИОСТА ЧЕЛЮСТИ

- Чаще надкостница с вестибулярной стороны нижней челюсти.
- Экссудативный. Воспалительные явления развиваются в области зуба и переходят на вестибулярную поверхность альвеолярной части и тело челюсти. Плотный инфильтрат в преддверии полости рта, сглаженность нижнего свода. Слизистая оболочка красная, иногда с синеватым оттенком. Затем инфильтрат медленно размягчается, отграничивается, при пальпации ткани болезненны.
- Продуктивный. У детей, подростков. Утолщение основания нижней челюсти за счет надкостницы.

АКТИНОМИКОЗ ЧЕЛЮСТЕЙ

- Первичный деструктивный. В виде внутрикостного абсцесса или внутрикостной гуммы. Боль в области поражения. При непосредственном соседстве с каналом нижней челюсти нарушается чувствительность в области разветвления подбородочного нерва. Отек и инфильтрация прилегающих к кости мягких тканей или периостальное утолщение ее, воспалительная контрактура жевательных мышц.
- Первичный продуктивно-деструктивный. У детей, подростков после одонтогенного или тонзиллогенного воспалительного процесса. Утолщение кости за счет периостальных наложений, прогрессирует. Бывают обострения (боль, повышение температуры, воспалительная реакция мягких тканей, ограничение открывания рта, переход на околочелюстные ткани).



Рис. 83. Первичный продуктивно-деструктивный актиномикоз нижней челюсти с поражением мягких тканей правой половины лица.

**РЕНТГЕНОГРАММА КОСТНОЙ ФОРМЫ
АКТИНОМИКОЗА ЧЕЛЮСТИ**



АКТИНОМИКОЗ ЯЗЫКА

- В результате травмы, чаще хронической.
- В области основания корня, в боковых отделах – напоминает флегмону или абсцесс.
- В области спинки или кончика. Безболезненный узел. Далее – его абсцедирование или спаивание со слизистой оболочкой языка и вскрытие наружу с образованием свищей и выбуханием обильных грануляций.

АКТИНОМИКОЗ МИНДАЛИН

- Чувство неловкости или ощущение инородного тела в глотке.
- Увеличение миндаины. Слизистая оболочка мутная, спаяна с подлежащими тканями.
- Обострение ведет к распространению процесса на крыловидно-нижнечелюстное пространство, подъязычную область, окологлоточное пространство.

АКТИНОМИКОЗ СЛЮННЫХ ЖЕЛЕЗ

- Через проток железы при его ранении, оседание инфекции при респираторных, аденовирусных заболеваниях.
- Формы: экссудативный, продуктивный, глубоких лимфатических узлов.

АКТИНОМИКОЗ ВЕРХНЕЧЕЛЮСТНОЙ ПАЗУХИ

- Одонтогенный, реже риногенный путь.
- Затрудненное носовое дыхание, гнойные выделения из носа.
- Передняя стенка утолщена, слизистая оболочка верхнего свода преддверия рта мутная, инфильтрирована и несколько спаяна с утолщенной надкостницей.
- При обострении – воспалительная припухлость в подглазничной области, отек щечной и скуловой областей.

ДИАГНОСТИКА

Диагноз подкрепляется:

- Микробиологическим исследованием отделяемого,
- Диагностической кожно-аллергической пробой,
- Рентгенологическим и
- Патоморфологическим исследованием.

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ

- От абсцессов, флегмон. Острое начало заболевания. Выраженность общих симптомов; значительный отек в мягких тканях.
- От неспецифического лимфаденита. Исследование гноя.
- Бессеквестральные проявления хронического остеомиелита нижней челюсти. Иммунологические реакции.
- От туберкулеза. Медленный распад лимфатических узлов и выделение творожистого секрета.
- От сифилиса. Уплотнение лимфатических узлов, при распаде – безболезненная язва. Надкостницы, кости – спаивание со слизистой оболочкой полости рта.
- От рака полости рта. Морфологическое исследование.

ЛЕЧЕНИЕ.

- Хирургические методы
- Воздействие на специфический иммунитет
- Повышение общей реактивности организма
- Воздействие на сопутствующую гнойную инфекцию
- Противовоспалительная, десенсибилизирующая, симптоматическая терапия
- Физические методы

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ

- Удаление зубов – входных ворот инфекции.
- Хирургическая обработка очагов в мягких и костных тканях, удаление участков избыточно новообразованной кости, пораженных лимфатических узлов.

После вскрытия очага: длительное дренирование, последующее выскабливание грануляций, обработка пораженных тканей 5% настойкой йода, введение порошка йодоформа.

При присоединении вторичной гнойной инфекции показано дренированное введение антибиотиков, препаратов нитрофуранового ряда, ферментов.

Для снятия интоксикации внутривенно капельно вводят растворы гемодеза, реополиглюкана с добавлением витаминов, кокарбоксилазы. 4-10 вливаний. Энтеросорбенты, обильное питье, рыбий жир.

СОЗДАНИЕ СПЕЦИФИЧЕСКОГО ИММУНИТЕТА

- Внутривенная актинолизатотерапия
- По Аснину Д.И.: 20–25 инъекций актинолизата с интервалами в 2–3 дня; первая инъекция – 0,5 мл, вторая – 0,7 мл, третья – 0,9 мл. Доза каждой следующей инъекции повышается на 0,1 мл; к 14-й инъекции она достигает 2,0 мл и такой остается до конца лечения.
- По Сутевой Т.Г.: При первой инъекции всprыскивают 0,3 мл актинолизата, при второй – 1 мл, третьей – 1,5 мл, при четвертой и до конца лечения – по 2,0 мл.
- По Сутееву Г.О.: Актинолизат вводят внутримышечно по 3 мл 2 раза в неделю в область верхне-наружного квадранта ягодицы. Курс лечения 20 инъекций.
- Актиномицетная поливалентная вакцина (АПВ): Курс лечения 20–25 инъекций внутривенно. Первое введение – 0,1 мл, при каждом последующем прибавляют по 0,1 мл вакцины. С десятой инъекции и до конца курса вводят по 1 мл вакцины, интервал между введениями 3–4 дня.
- Фтивазид по 0,3 г 3 раза или 0,5 г 2 раза в день per os, постепенно увеличивая дозу до 2 г в сутки. Курс лечения 3–8 месяцев.

ПОВЫШЕНИЕ ОБЩЕЙ РЕАКТИВНОСТИ ОРГАНИЗМА

- Гемотерапия. Гемотрансфузии одногруппной крови — 1 раз в неделю, всего 4–6 раз. Первый раз — 50 мл; второй — 75 мл; третий — 100 мл; четвертый — 125 мл; пятый — 150 мл; шестой — 175 мл.
- Аутогемотерапия. Инъекции через день: первый раз — 3 мл; второй — 5 мл; третий — 7 мл; четвертый — 9 мл; пятый — 10 мл; шестой — десятый раз — 10 мл.
- Витаминотерапия: Поливитамины, витамины групп С, В1, В12.
- Адаптогены: Дибазол, женьшень, экстракт алоэ.
- Препараты пуринового и пиримидинового ряда: продигиозан, пентоксил, метилурацил, левамизол, пирогенал, Т-активин.