

№ и шифр компетенции	Описание
ПК-5	готовность к сбору и анализу жалоб пациента, данных его анамнеза, результатов осмотра, лабораторных, инструментальных, патологоанатомических и иных исследований в целях распознавания состояния или установления факта наличия или отсутствия стоматологического заболевания
ПК-6	способность к определению у пациентов основных патологических состояний, симптомов, синдромов стоматологических заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем, X просмотра
ПК-8	способность к определению тактики ведения больных с различными стоматологическими заболеваниями
ПК-9	готовность к ведению и лечению пациентов со стоматологическими заболеваниями в амбулаторных условиях и условиях дневного стационара
ПК-11	готовность к определению необходимости применения природных лечебных факторов, лекарственной, немедикаментозной терапии и других методов у пациентов со стоматологическими заболеваниями, нуждающихся в медицинской реабилитации и санаторно-курортном лечении
ПК-13	готовность к просветительской деятельности по устранению факторов риска и формированию навыков здорового образа жизни
ПК-19	готовность к участию во внедрении новых методов и методик, направленных на охрану здоровья населения

8. Студент должен:

Знать: эпидемиологию, этиологию, патогенез, классификацию, клиническую картину и осложнения заболевания.

Уметь: ориентироваться в эпидемиологии, этиологии, патогенезе, классификации, клинической картине и осложнениях заболевания.

Владеть навыками: применения полученных теоретических знаний в клинической практике.

9. Контингент учащихся: студенты.

Продолжительность занятия: 2 часа (в академических часах).

СОДЕРЖАНИЕ

Введение	6
Глава 1. Эпидемиология, этиология, патогенез заболевания	8
Глава 2. Состояние иммунитета у больных фурункулами	12
Глава 3. Клиническая картина больных фурункулами лица	14
Глава 4. Осложнения заболевания фурункулами лица	19
Заключение	24
Клинические наблюдения	25
Тестовые задания для проверки усвоения материала	38
Литература	40

ГЛАВА 3.

КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА БОЛЬНЫХ ФУРУНКУЛАМИ ЛИЦА

Фурункул – это неodontогенное острое гнойно-некротическое воспаление волосяного фолликула, сальной железы и соединительной ткани, вызванное внедрением извне возбудителя инфекции.

Демонстрация клинической картины заболевания по результатам собственных исследований

Средний возраст пациентов, страдающих фурункулами лица, составляет 25–27 лет. При поступлении все пациенты, которые были под нашим наблюдением, предъявляли жалобы на боли и отек мягких тканей лица в области, соответствующей поражению. Обращает на себя внимание то, что ни один пациент не жаловался на лихорадку, озноб, потерю аппетита, общее недомогание. Мы полагаем, что слабовыраженная интоксикация организма больных связана с самостоятельным приемом антибактериальных препаратов в амбулаторных условиях. Установлено, что большинство пациентов при первых симптомах заболевания не обращаются за медицинской помощью, а занимаются самолечением (выдавливали содержимое инфильтрата, массажировали область воспаления, накладывали мази и мокрые повязки поверх инфильтрированных тканей, принимали антибактериальные препараты либо по совету друзей, либо по опубликованным в интернет-статьях рекомендациям). При объективном обследовании температура тела больных не превышала 37,5 °С. Кожные покровы и слизистые оболочки были без видимой патологии. Периферические лимфатические узлы у некоторых исследуемых были не увеличены. У остальных – увеличены незначительно, безболезненные и эластичные. Локально выявлялись отек, инфильтрация и гиперемия мягких тканей пораженной области. При пальпации определялись напряжение и болезненность в тканях. У некоторых пациентов по центру инфильтрата выявлялась флюктуация. Следует сказать, что гиперемия и отек у большинства пациентов распространялись на смежные области и были крайне выражены.

Несмотря на размытость, стертость общих клинических проявлений заболевания, в развитии фурункула различают несколько стадий. Началом фурункула чаще всего является остеофолликулит, поэтому

I стадия – образование остеофолликулита. Вокруг волосяного фолликула появляется болезненный инфильтрат ярко-красного цвета с нечеткими границами. Через некоторое время (около 2-х суток) в центре инфильтрата формируется гнойно-некротический стержень с пустулой на поверхности, что характеризуется переходом воспалительного процесса во II стадию – образование некроза и формирование некротического стержня. В период формирования некротического стержня боли резко усиливаются. По результатам собственных исследований, не всегда, но все же возможно появление симптомов интоксикации: лихорадка, общее недомогание, слабость, потеря аппетита, головные боли.

Далее процесс переходит в III стадию. Она характеризуется расплавлением части тканей вокруг некротического стержня и появлением пустулы с гнойным содержимым. Следует сказать, что именно в этот период пациенты поступают в специализированные лечебные учреждения, так как самолечение, которое они проводят в первые сутки после проявления первых признаков заболевания, не приводит к обратному развитию воспаления. Наоборот, состояние ухудшается, что и заставляет их обратиться за помощью. Примеры формирования некротического стержня и появления пустулы с гнойным содержимым представлены на рисунках 1 и 2.



Рис. 1. Формирование гнойно-некротического стержня с пустулой на поверхности при фурункуле



Рис. 2. Формирование гнойно-некротического стержня при фурункуле

После вскрытия пустулы (как самопроизвольного, так и искусственного) из **фурункула** выделяется небольшое количество гноя, который на поверхности раны подсыхает и образует гнойную корку (пример представлен на рисунке 3). В тех случаях, когда корка не образуется,

в ране отчетливо определяется некротическая ткань (пример представлен на рисунке 4).



Рис. 3. Вид гнойного струпа после самопроизвольного прорыва пустулы фурункула



Рис. 4. Вид некротической ткани после самопроизвольного прорыва пустулы фурункула

В последующие после вскрытия фурункула дни количество гнойного отделяемого может увеличиваться, в ране отчетливо определяется сформированный некротический стержень желтовато-зеленоватого цвета, который после демаркации легко удаляется пинцетом (примеры представлены на рисунках 5 и 6).



Рис. 5. Вид удалённого некротического стержня фурункула



Рис. 6. Вид удалённого некротического стержня фурункула

IV стадия – характеризуется гранулированием раневой поверхности, эпителизацией краев раны, рубцеванием.

Некоторые авторы объединяют II и III стадии в одну – стадию нагноения и образования некротического стержня. Считается, что это

объединение неверное, в силу того, что в тканях происходят последовательные, но различные по своему характеру патоморфологические процессы.

В большинстве случаев заболевание протекает без осложнений. Весь цикл развития фурункула в среднем занимает около 10 суток. Однако на фоне быстрого развития воспалительных процессов, в силу различных причин, самопроизвольного вскрытия фурункула и отторжения некротического стержня может и не произойти. В этом случае он полностью расплавляется с образованием абсцесса. Такие фурункулы называются абсцедирующими (примеры больных с фурункулами в стадии абсцедирования представлены на рисунках 7 и 8).

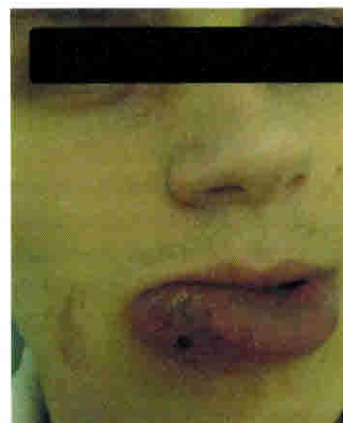


Рис. 7. Вид больного А., 20 лет, с диагнозом «Фурункул нижней губы в стадии абсцедирования». Выраженный отёк, гиперемия мягких тканей нижней губы



Рис. 8. Вид больного фурункулом подглазничной области справа в стадии абсцедирования. У больного отёк, гиперемия мягких тканей подглазничной области, нижнего и верхнего века

Неправильно выбранная тактика, отсутствие комплексного подхода, легкомысленное отношение врача к лечению больного могут способствовать генерализации инфекции и отягчению его состояния. Примером может являться так называемое «злокачественное» течение, которое характеризуется быстрым развитием как местных, так и общих осложнений, приводящих в лучшем случае к долгому и трудному выздоровлению пациента.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

В качестве заключения хотим еще раз подчеркнуть важность predisposing факторов в этиопатогенезе заболевания. Всегда следует обращать внимание на несанированные очаги хронической стафилококковой инфекции или бессимптомное носительство возбудителя на коже лица, слизистых оболочках носа и полости рта у пациента. Это может указывать на выраженный дисбиоз и нарушение местного иммунитета, снижение продукции IgA. Из сказанного следует, что у пациентов с фурункулами снижена неспецифическая резистентность организма и им требуются дополнительная диагностика и консультация соответствующего специалиста.

Врачам необходимо обращать внимание пациентов на нарушение или злоупотребление личной гигиеной, так как это создает благоприятные условия для развития заболевания.

Также необходимо разъяснять, что в развитии фурункулов и возможных осложнений играют роль микротравмы волосяного фолликула. Категорически запрещается что-либо срезать и выдавливать на лице самостоятельно. Необходимо безотлагательно обратиться в специализированное учреждение, не дожидаясь тяжелых последствий заболевания.

КЛИНИЧЕСКИЕ НАБЛЮДЕНИЯ

В качестве иллюстраций к вышеизложенному материалу демонстрируем собственные клинические примеры-наблюдения больных с фурункулами лица.

Пример 1

Больной А., 20 лет, поступил в клинику челюстно-лицевой хирургии через четверо суток после появления первых признаков заболевания. При поступлении предъявлял жалобы на боль и отек мягких тканей нижней губы. Из анамнеза известно, что пациент фурункулами ранее не болел, хронические заболевания отрицает. Считает себя больным с того момента, когда в области нижней губы появились отек и уплотнение. Самолечение не проводил. За медицинской помощью обратился только после усиления болезненности и увеличения отека мягких тканей. При поступлении – общее состояние удовлетворительное, температура тела – 36,9 °С. При пальпации в подбородочной области определяются лимфатические узлы, эластичные, безболезненные.

При осмотре выявляются отек, инфильтрация, гиперемия мягких тканей нижней губы. При пальпации ткани по периферии очага воспаления плотной консистенции, резко болезненны. В центре определяется струп.

В клиническом анализе крови выявляются лейкоцитоз, лимфопения. Остальные показатели в общеклиническом анализе крови в пределах референтных значений, в том числе и концентрация глюкозы крови. Клинический анализ мочи без особенностей. Больному поставлен диагноз: «Фурункул нижней губы в стадии абсцедирования». После дренирования гнойного очага произведен забор отделяемого на бактериологическое исследование. В посеве на плотные питательные среды выявлен обильный рост золотистого стафилококка. Назначена адекватная состоянию консервативная терапия. На девятые сутки все показатели клинических анализов крови и мочи были в рамках референтных значений. Пациент был выписан в удовлетворительном состоянии на амбулаторное наблюдение (рис. 9 и 10).

Пример 2

Больной С., 21 год, поступил в клинику челюстно-лицевой хирургии через трое суток после появления первых признаков заболева-



Рис. 13. Вид больного К., 25 лет, с диагнозом «Фурункул надбровной дуги слева в стадии абсцедирования» до лечения



Рис. 14. Вид больного К., 25 лет, с диагнозом «Фурункул надбровной дуги слева в стадии абсцедирования» после лечения



Рис. 15. Вид больного Л., 51 год, с диагнозом «Фурункул щечной области справа в стадии абсцедирования» до лечения



Рис. 16. Вид больного Л., 51 год, с диагнозом «Фурункул щечной области справа в стадии абсцедирования» после лечения



Рис. 17. Вид больного П., 27 лет, с диагнозом «Фурункул щечной области слева в стадии абсцедирования» до лечения

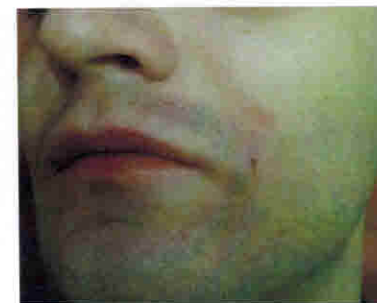


Рис. 18. Вид больного П., 27 лет, с диагнозом «Фурункул щечной области слева в стадии абсцедирования» после лечения



Рис. 19. Вид больного Г., 30 лет, с диагнозом «Фурункул преддверия носа в стадии абсцедирования» до лечения

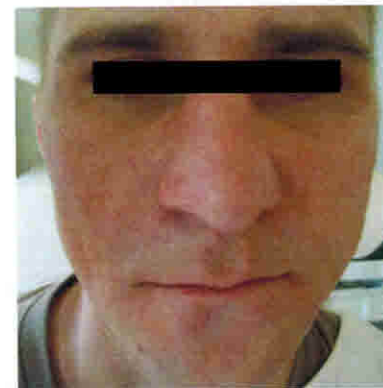


Рис. 20. Вид больного Г., 30 лет, с диагнозом «Фурункул преддверия носа в стадии абсцедирования» после лечения