

№ и шифр компетенции	Описание
ПК-5	готовностью к сбору и анализу жалоб пациента, данных его анамнеза, результатов осмотра, лабораторных, инструментальных, патолого-анатомических и иных исследований в целях распознавания состояния или установления факта наличия или отсутствия стоматологического заболевания.
ПК-6	способностью 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	способностью к определению тактики ведения больных с различными стоматологическими заболеваниями
ПК-9	готовностью к ведению и лечению пациентов со стоматологическими заболеваниями в амбулаторных условиях и условиях дневного стационара.
ПК-11	готовностью 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	готовностью к просветительской деятельности по устранению факторов риска и формированию навыков здорового образа жизни
ПК-19	готовностью 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: применять полученные теоретические знания в клинической практике.

9. Контингент учащихся: студенты.

10. Продолжительность занятия: 2 часа (в академических часах).

СОДЕРЖАНИЕ

ВВЕДЕНИЕ	6
ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА ФУРУНКУЛОВ ЛИЦА.....	7
ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ ФУРУНКУЛАМИ ЛИЦА	14
СОБСТВЕННЫЕ КЛИНИЧЕСКИЕ НАБЛЮДЕНИЯ.....	26
ПРОФИЛАКТИКА ЗАБОЛЕВАНИЯ ФУРУНКУЛАМИ ЛИЦА.....	32
ЗАКЛЮЧЕНИЕ	34
Тестовые задания для проверки усвоения материала	35
Список рекомендуемой литературы	39

ВВЕДЕНИЕ

Данное учебно-методическое пособие является второй частью из серии «Фурункулы лица», предназначенное в качестве дополнительного материала в подготовке к практическим занятиям студентов III–V курсов стоматологического факультета.

В первой части учебного пособия были рассмотрены вопросы, касающиеся эпидемиологии, этиологии, патогенеза заболевания. Представлены результаты научных исследований состояния иммунитета больных, а также клиническая картина заболевания на примерах собственных исследований. Описаны возможные осложнения.

Во второй части пособия рассматриваются вопросы, касающиеся дифференциальной диагностики, возможных методов и методик лечения и профилактики заболевания.

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА ФУРУНКУЛОВ ЛИЦА

Клиническая картина фурункулов лица типична и, как правило, не вызывает трудностей в постановке диагноза. Однако в силу различных причин дифференциальная диагностика все же необходима. Ее проводят с абсцедирующей формой одонтогенной подкожной гранулемы, абсцессами кожи при ее травмах, нагноившейся атеромой, угрями, кожной формой сибирской язвы (сибиреязвенный карбункул), некоторыми проявлениями третичного сифилиса, колликвационной формой туберкулеза, кожной формой актиномикоза, различными формами фолликулита, сикоза и импетиго, инфильтративно-нагноительной формой трихофитии.

Одонтогенная подкожная гранулема (мигрирующая гранулема) характеризуется вяло текущим продуктивным воспалительным процессом в подслизистом слое или подкожно-жировой клетчатке, связанным с инфекционно-воспалительным очагом в периапикальных тканях так называемого «причинного» зуба.

Абсцедирующая форма одонтогенной подкожной гранулемы

Клиническая картина при абсцедирующей форме одонтогенной подкожной гранулемы характеризуется тем, что больные жалуются на отек, зуд, жжение в пораженной области. При пальпации в толще тканей определяется четко ограниченный инфильтрат, кожа над инфильтратом истончена, гиперемирована, болезненна. Гнойной корки или некротических тканей, как это наблюдается при фурункулах, – нет. Отсутствует и связь с волосяным фолликулом. При пальпации в области преддверья полости рта, соответствующей стороне поражения, определяется плотный тяж, который соединяет предполагаемый «причинный» зуб с инфильтратом. А при пальпации самого инфильтрата может определяться флюктуация. Лучевая диагностика, как правило, подтверждает одонтогенную этиологию заболевания деструкцией костной ткани в периапикальной области «причинного» зуба.

СОБСТВЕННЫЕ КЛИНИЧЕСКИЕ НАБЛЮДЕНИЯ

В качестве иллюстраций к вышеизложенному материалу, демонстрируем собственные клинические примеры–наблюдения комплексного лечения больных с фурункулами лица.

Пример 1

Больной С., 23 лет, поступил в клинику челюстно-лицевой хирургии через трое суток после появления первых признаков заболевания. При поступлении предъявлял жалобы на боль и отек мягких тканей подбородочной области. Из анамнеза известно, что пациент фурункулами ранее не болел, хронические заболевания отрицает. Считает себя больным с того момента, когда в подбородочной области появились отек и уплотнение. Самолечение положительных результатов не дало. За медицинской помощью обратился только после того, как на фоне усиления болезненности и увеличения отека мягких тканей подбородочной области произошло частичное самопроизвольное вскрытие гнойного очага. При поступлении – общее состояние удовлетворительное, температура тела – 36,9 °С. Кожные покровы и видимые слизистые оболочки нормальной окраски, периферические лимфатические узлы не увеличены. Со стороны внутренних органов и систем – без патологии.

Локально выявляются отек, инфильтрация, гиперемия мягких тканей в подбородочной области и на нижней губе. При пальпации ткани по периферии очага воспаления плотной консистенции резко болезненны. В центре определяются гнойный струп и флюктуация.

В клиническом анализе крови выявляются лейкоцитоз, лимфопения. Остальные показатели в пределах нормальных значений, в том числе и концентрация глюкозы крови (5,6 ммоль/л). Клинический анализ мочи без особенностей. Больному поставлен диагноз: «фурункул подбородочной области в стадии абсцедирования». После дренирования гнойного очага произведен забор отделяемого на бактериологическое исследование. В первичном посеве на плотные питательные среды выявлен обильный рост золотистого стафилококка. Была начата антимикробная и симптоматическая терапия с ежедневными перевязками раны. В процессе лечения на 3-и сутки отмечено снижение количества золотистого стафилококка в ране. Полное исчезновение болевого синдрома приходилось на 7-е сутки, прекращение

гнойной экссудации – на 5-е сутки, очищение раны от некротических масс – на 6-е сутки. Видимая грануляционная ткань и эпителизация по краю раны выявлялись на 7-е сутки. К 8-м суткам в клиническом анализе крови все показатели были в норме. Пациент был выписан в удовлетворительном состоянии на амбулаторное лечение (рис. 3 и 4).



Рис. 3. Вид раны пациента с фурункулом подбородочной области на 1-е сутки после дренирования гнойного очага

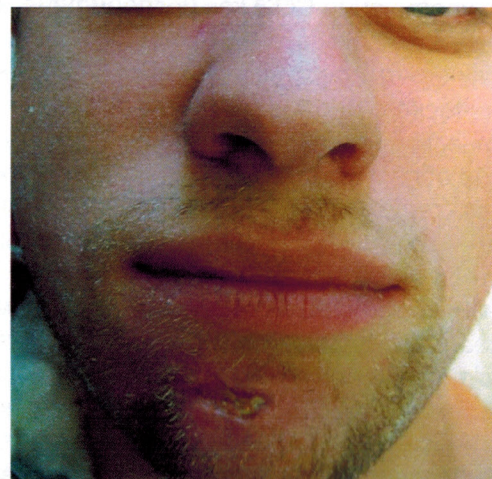


Рис. 4. Вид раны пациента с фурункулом подбородочной области на 7-е сутки после дренирования гнойного очага. Процесс гранулирования раны