



**ОСЛОЖНЕНИЯ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ
ЗАБОЛЕВАНИЙ ЧЛО (ТРОМБОФЛЕБИТ
ЛИЦЕВЫХ ВЕН, ТРОМБОЗ КАВЕРНОЗНОГО
СИНУСА, МЕНИНГИТ, МЕДИАСТЕНИТ, СЕПСИС)**

Выполнила: Исатай Айжан

Проверила: Ибрагимова Р.С.

ПЛАН ЛЕКЦИИ:

- 1. Этиология и патогенез осложнения воспалительных заболеваний ЧЛО.**
- 2. Особенности клинических проявлений осложнения воспалительных заболеваний ЧЛО. Общая и местная симптоматика.**
- 3. Особенности и современные принципы диагностики осложнения воспалительных заболеваний ЧЛО. Новые методы исследования.**
- 4. Основные моменты оперативного лечения и особенности послеоперационного ведения больных с осложнениями воспалительных заболеваний ЧЛО.**

ОСЛОЖНЕНИЯ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ЧЛО

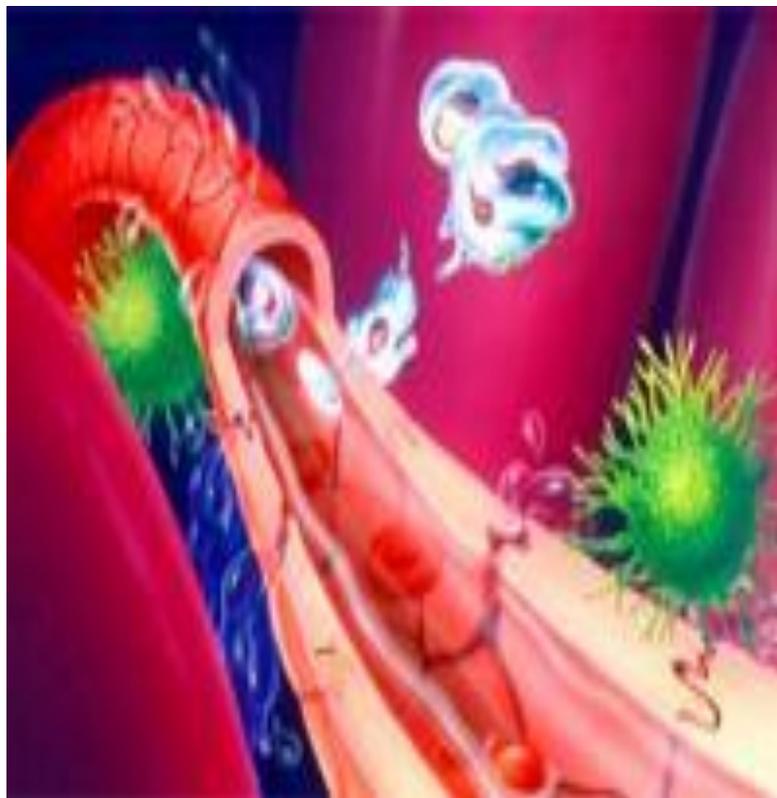
- ТРОМБОФЛЕБИТ ЛИЦЕВЫХ ВЕН
- ТРОМБОЗ КАВЕРНОЗНОГО СИНУСА
- МЕНИНГИТ
- МЕДИАСТЕНИТ
- СЕПСИС

Тромбофлебит лицевых вен – это острое воспаление вены ее тромбозом , которое развивается при гнойно-воспалительных заболеваниях челюстно-лицевой области.

Тромбоз (от греч. Thrombosis-свертывание) патологический процесс, в основе лежит физиологическое свойство крови подвергаться свертыванию.

Тромбоз представляет собой проявление нарушенной регуляции единой системы гемостаза жидкого состояния крови в сосудистом русле.

ПОРАЖЕНИЯ СОСУДИСТОЙ СТЕНКИ МОЖЕТ ПРОИСХОДИТЬ:



При снижения реактивности организма

Замедлении кровотока

Повреждения венозные стенки

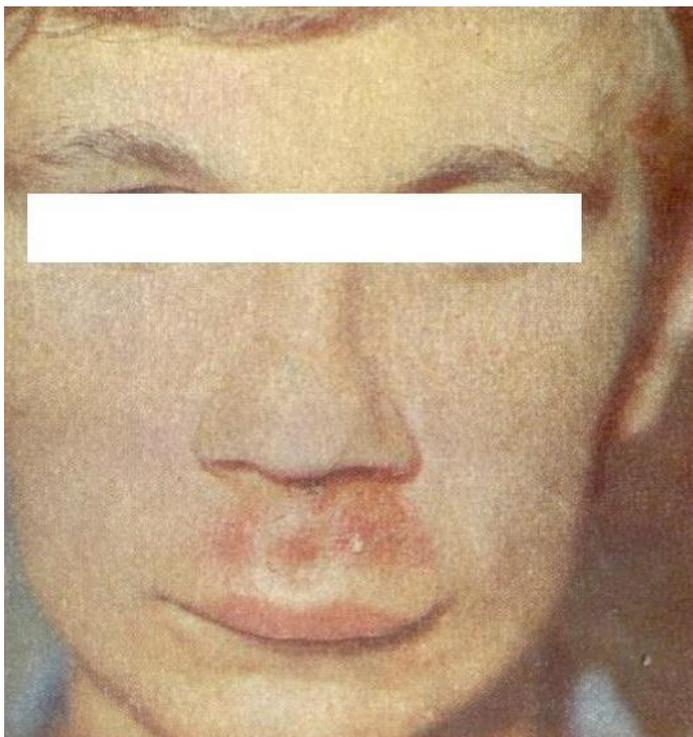
Изменении состава крови и повышения ее свертывания (эндофлебит)

При переходе воспалительного процесса из клетчатки на наружную стенку вены (перифлебит)

КАРБУНКУЛ ЩЕЧНОЙ ОБЛАСТИ



КАРБУНКУЛ ВЕРХНЕЙ ГУБЫ



АБСЦЕДИРУЮЩИЙ ФУРУНКУЛ ЛИЦА



РАСПРОСТРАНЕНИЯ ВОСПАЛИТЕЛЬНОГО ПРОЦЕССА ПО ХОДУ ВЕНЫ ДО ПЕЩЕРИСТОГО СИНУСА

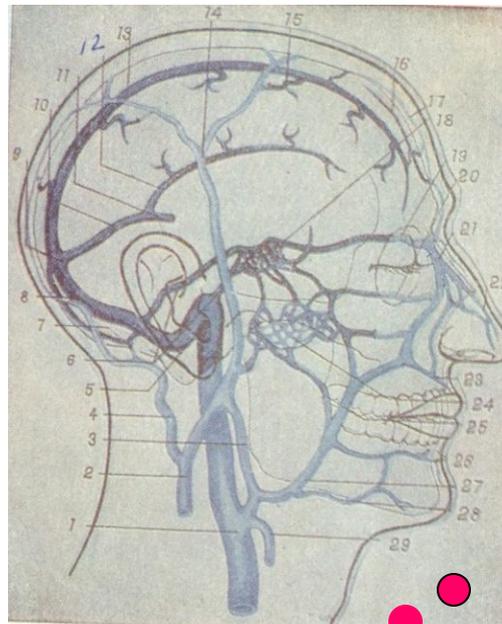


СХЕМА ПАТОГЕНЕТИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ТРОМБОФЛЕБИТОВ

При появлении первых признаков этого заболевания необходима обязательная госпитализация больных и помещение их в палату интенсивной терапии или реанимация

определяют степень вероятности развития осложнения, изучают функциональную активность нейтрофильных гранулоцитов периферической крови и выявляют характер и степень микробной сенсibilизации организма.

Проводят катетеризацию a.carotex externa. через поверхностную височную артерию.

Выполняют ранние рассечения гнойно-воспалительного инфильтрата, которое создаёт декомпрессию мягких тканей и предупреждает генерализацию инфекции. Из-за того, что гнойный очаг расположен поверхностно, провести активное промывание раны через трубчатые дренажи невозможно.

Для снижения интоксикации организма больному внутривенно капельно раствора глюкозы, антибиотики широкого спектра действия, диоксидин, контрикал, раствор амидопирин, димедрол, витамины (аскорбиновая кислота и витамины группы, нужно назначать сердечно-сосудистые препараты

СХЕМА ПАТОГЕНЕТИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ТРОМБОФЛЕБИТОВ

Тромбофлебит приводит к нарушению кислотно-основного состояния в организме в сторону ацидоза, возникает дефицит натрия. Поэтому больным назначают изотонический раствор NaCl или 4% раствор бикарбоната Na по 200-400 мл.

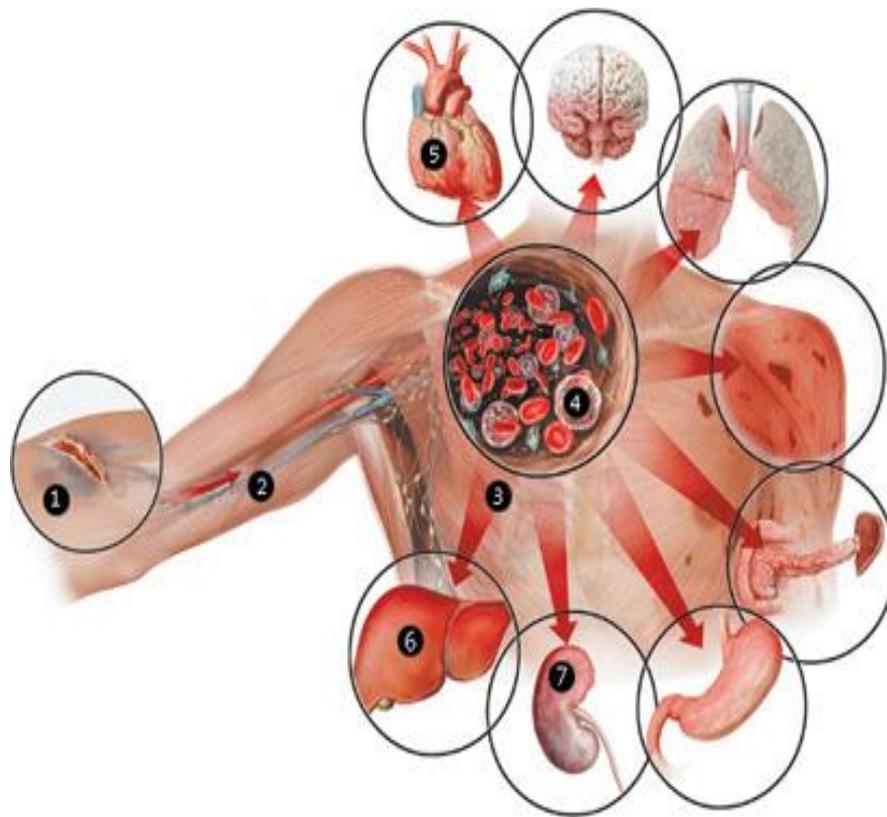
Для борьбы с инфекцией вводят в начале антибиотики широкого спектра действия, а, после идентификации микрофлоры и определения её чувствительности назначают соответствующие противовоспалительные препараты.

Для предотвращения внутрисосудистого свёртывания крови в дозе 2500-5000 ЕД вводят гепарин через каждые 4-6 ч

В целях стимуляции факторов иммунитета больному назначают введение гипериммунной анти стафилококковой плазмы (4-6 мл. на 1 кг. массы тела через 1-2 сутки в течении 5-10 суток.), анти стафилококковой гамма-глобулина (4-5 мл. через 1 сут в течении 8-10 сут., альбумина плазмы с повышенным содержанием антител и др.

При выраженной сенсибилизации организма к микробным аллергенам назначают неспецифическую гипо сенсибилизирующую терапию. Применяют димедрол, супрастин, перновин, тавегил и др.

Сепсис – это патологический процесс, осложняющий течение различных заболеваний инфекционной природы, основным содержанием которого является неконтролируемый выброс эндогенных медиаторов с последующим развитием воспаления и органо-системных повреждений на дистанции от первичного очага



РОСТ РАСПРОСТРАНЕНИЯ СЕПСИСА СВЯЗЫВАЮТ С:

Изменением качественного состава возбудителей сепсиса;

Увеличением выделения мультирезистентных госпитальных штаммов микроорганизмом;

Постарением населения;

Увеличением продолжительности жизни лиц с тяжелыми критическими заболеваниями ;

Повышением инвазивности лечения (длительная катетеризация сосудов, экстракорпоральная детоксикация, обширные радикальные вмешательства , операция по пересадке органов);

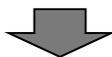
Возрастанием числа пациентов с инфекцией вируса иммунодефицита человека.

КЛАССИФИКАЦИЯ СЕПСИСА

Признак	Форма
Локализация первичного очага	Хирургический (различные острые и хронические гнойные хирургические заболевания , травма , диагностические процедуры, осложнения оперативных вмешательств) Акушерско-гинекологический , урологический , отогенный , одонтогенный и др.
Фаза развития	I – начальная (токсемия) II -сеитцемиа (стойкая бактериемия без гнойных метазтазов) III – септикопиемия (постоянная бактериемия с гнойными метазтазами).
Темп клинического течения	Молниеносный (дни) Острый (ОТ 1 ДО 2 МЕС) Подострый (от 2 до 6мес)
Тяжесть течения	Средней тяжести Тяжелелый КРАЙНЕ ТЯЖЕЛЫЙ
Вид возбудителя	Грамположительные сепсис : стафилококк , стрептококк Грамотрицательные сепсис : колибацилла , синегнойный, протей.

ФАЗЫ ТЕЧЕНИЯ СЕПСИСА .

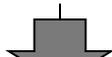
Местный гнойный процесс



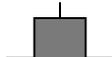
Гнойно-резорбтивная лихорадка



Начальная фаз сепсиса



Септицемия



Септикопиемия



Смерть

СОСТАВ МИКРОФЛОРЫ ПРИ ХИРУРГИЧЕСКОМ СЕПСИСЕ

Возбудитель	В очаге (%)	В крови(%)
Монокультуры	42,2	92,7
Ассоциации	57,8	7,3
Стафилококк	66,4	50,7
Стрептококк	25,7	5,2
Протей	21,9	0,5
Кишечная палочка	8,6	3,6
Синегнойная палочка	33,5	1,7
Роста нет	0	19,7

АНТИБАКТЕРИАЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ СЕПСИСА С УСТАНОВЛЕННЫМ ВОЗБУДИТЕЛЕМ.

микрорганизмы	Средство 1-ряда	Альтернативные срдства
Грамположительные		
Staphylococcus Spp. MS	Оксациллин; Цефазолин;	Линкомицин; Эритромицин; Амоксициллин;
Staphylococcus Spp. MS	Ванкомицин; Тейкопланин;	Рифампицин +ко-тримаксазол
Streptococcus viridans	Бензилпенициллин	Линкрмицин; цефоиаксим ; Ванкомицин;тейкопланин, цефтриаксон; цефепим;
Streptococcus pneumoniae	Бензилпенициллин	Цефтриаксон; цефотаксим ; Ванкомицин; тейкопланин
Enterococcus faecalis	Ампициллин+ гентамицин	Ванкомицин; тейкопланин; тикарциллин / клавуланат; гентамицин

ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТЬ СТАФИЛОКОККОВ К АНТИБАКТЕРИАЛЬНЫМ ПРЕПАРАТАМ ПРИ СЕПСИСЕ

Препарат	Чувствительность %
Пенициллин	9,9
Оксациллин	70,5
Ампициллин	24,0
Карбенициллин	37,0
Цепорин	76,2
Эритромицин	40,4
Стрептомицин	23,1
Неомицин	65,4
Канамицин	66,4
Гентамицин	89,6
Левомецетин	20,7
Тетрациклин	20,2
Диоксидин	66,6

ОШИБКИ КОТОРЫЕ ВОЗНИКАЮТ ПРИ
ОБСЛЕДОВАНИИ И ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ
ОДОНТОГЕННЫМ
МЕДИАСТИНИТОМ, МОЖНО
РАЗДЕЛИТЬ НА СЛЕДУЮЩИЕ ГРУППЫ:

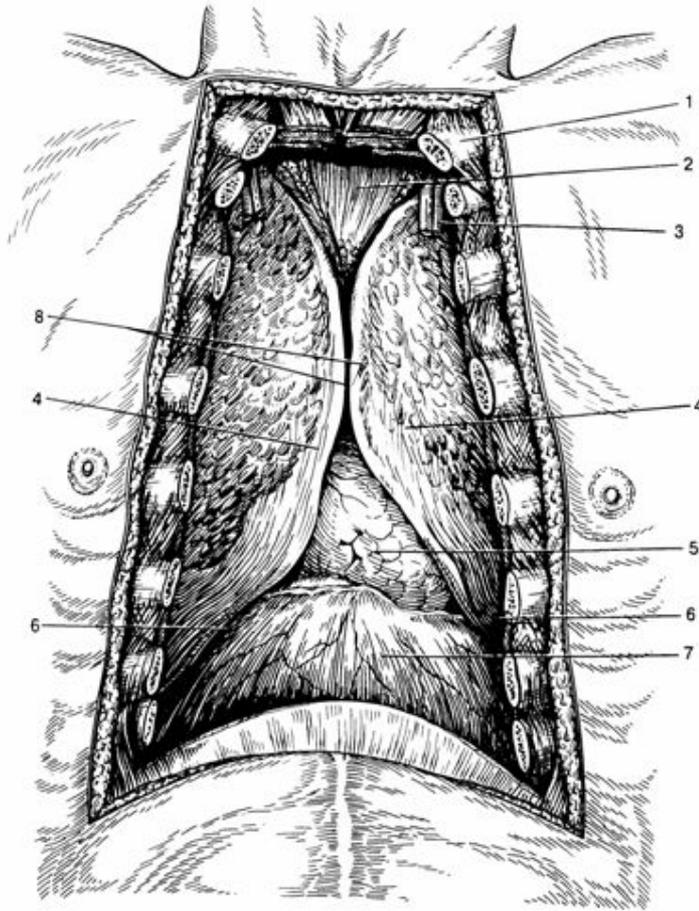
Организационного порядка – поздняя госпитализация больного ;

Диагностические –поздняя диагностика заболевания из за недостаточного знания клинических симптомов и факторов , способствующих его возникновению;

Лечебные –недостаточные вскрытие или неадекватное дренирование первичных гнойных очагов, не проведение интенсивной противовоспалительной терапии;

Тактические – недооценка особенностей клинического течения разлитых гнойно-воспалительных процессов в области дна полости рта и шеи ,боязнь раннего вскрытия и проведения широких разрезов .

ТОПОГРАФИЯ ПЕРЕДНЕГО СРЕДОСТЕНИЯ ПОСЛЕ УДАЛЕНИЯ ГРУДИНЫ



1- ключица;

2- область вилочковой
железы;

3—внутренние сосуды
груди: 4—передний
край легких;

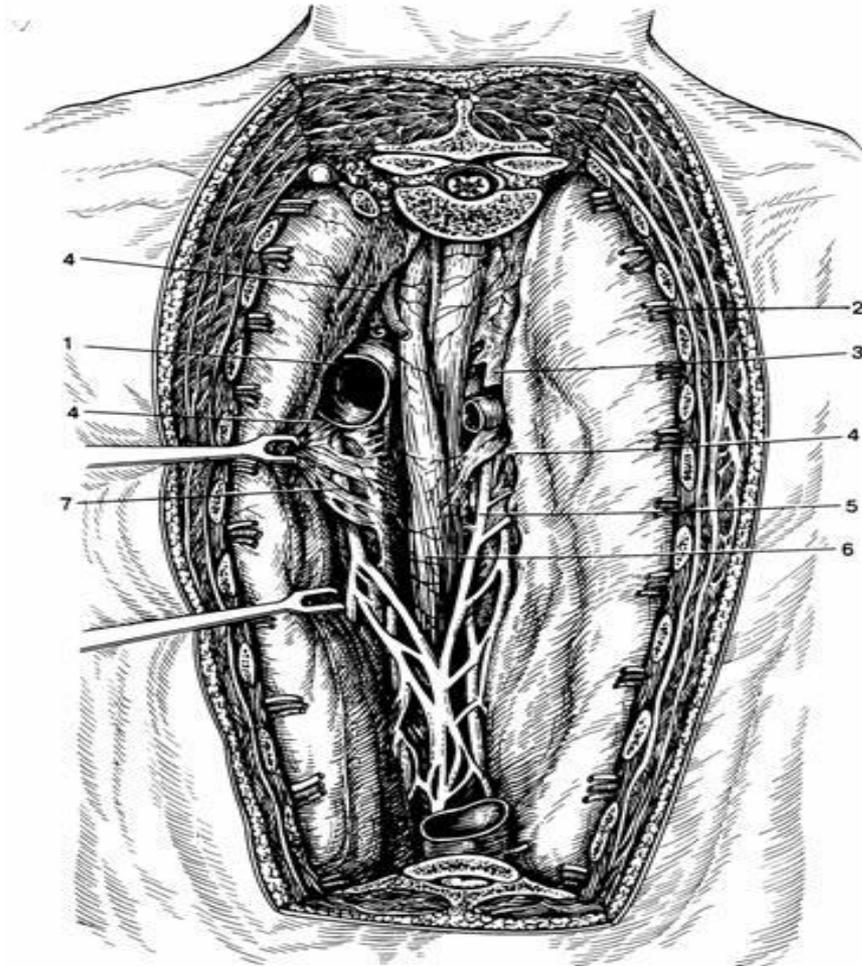
5—перикард:

6—реберно-
диафрагмальный
синус:

7—диафрагма:

8—передний край
плевры.

ТОПОГРАФИЯ ЗАДНЕГО СРЕДОСТЕНИЯ



1- аорта:

**2 -межреберные
сосуды;**

3-непарная вена;

**4-клетчатка
средостения;**

**5-правый блуждающий
нерв:**

6 -пищевод;

**7- левый блуждающий
нерв.**

ФЛЕГМОНА ДНА ПОЛОСТИ РТА

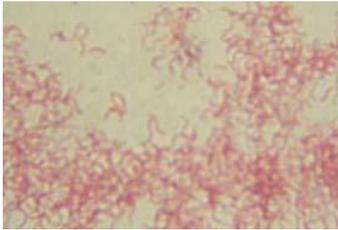
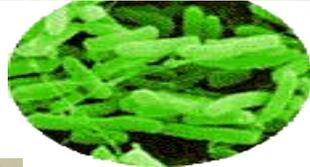
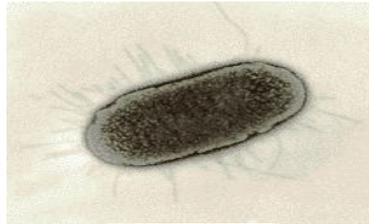


РАЗЛИТЫЕ ФЛЕГМОНЫ ЧЛО

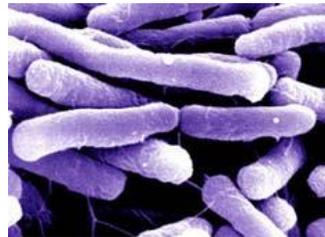


Виды микроорганизмов при МЕДИАСТИНИТАХ

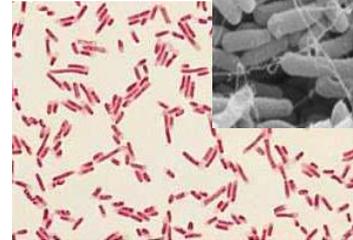
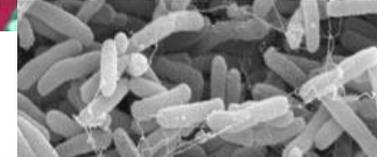
S.aureus, S.epidermidis, Enterococcus spp., S. pneumoniae Escherichia, Klebsiella, Enterobacter, Serratia, Hafnia, Salmonella, Edwardsiella, Citrobacter, Providencia, Proteus



Klebsiella



Escherichia coli



S. pneumoniae



S.epidermidis

КЛАССИФИКАЦИЯ МЕДИАСТИНИТОВ А.Я. ИВАНОВ (1959)

А). По этиологии и патогенезу:

I. Первичные или травматические :

- 1) при ранениях средостения без повреждения его органов;**
- 2) при ранениях средостения с повреждением его органов ;**
- 3) при ранениях средостения сочетанных с ранениями легких и плевры;**
- 4) послеоперационные;**
- 5) при повреждениях пищевода инструментальных или инородными телами.**

Классификация медиастинитов А.Я.Иванов (1959)

II. Вторичные:

- 1) контактные;**
- 2) метастатические с выясненным источником инфекции;**
- 3) метастатические с невыясненным источником инфекции;**

Б). По распространенности :

- 1) Острый гнойные и негнойные лимфадениты средостения с вовлечением в воспалительный процесс окружающей клетчатки;**
- 2) Множественные и единичные абсцессы средостения;**
- 3) Флегмоны средостения;**
 - склонные к ограничению;**
 - прогрессирующие;**

Классификация медиастинитов А.Я.Иванов (1959)

В). ПО ХАРАКТЕРУ ЭКССУДАТА И ВИДУ ВОЗБУДИТЕЛЯ :

- Серозные ;**
- Гнойные;**
- Гнилостные;**
- Анаэробные;**
- Гангренозные;**
- Туберкулезные;**

КЛАССИФИКАЦИЯ МЕДИАСТИНИТОВ А.Я. ИВАНОВ (1959)

Г). По локализации:

I . Передние.

- 1) верхние , с расположением выше III межреберья;**
- 2) нижние , книзу от III межреберья ;**
- 3) Всего переднего отдела средостения ;**

II . Задние.

- 1) Верхние ,с расположением выше V грудного позвонка ;**
- 2) Нижние , с расположением ниже V грудногопозвонка ;**
- 3) Всего заднего отдела средостения ;**

III . Тотальные.

Д). По клиническому течению:

- 1) Острые медиастиниты.**
- 2) Хронические медиастиниты.**
 - а) первично хронические;**
 - б) вторично хронические;**

ОДОНТОГЕННИЙ МЕДИАСТИНИТ



ХАРАКТЕРНЫЕ СИМПТОМЫ ДЛЯ ПЕРЕДНЕГО МЕДИАСТИНИТА

Симптом Герке – усиливается боль при запрокидывания головы

Симптом Иванова – усиливается боль при смещения нервно-сосудистого пучка шеи кверху

Симптом Равич-Щербо - появляется пазтозность в области грудины , припухлость и крепитация в яремной впадине. Наблюдается втягивание области яремной впадины при вдохе

Симптом Н.Г.Попова – постоянное покашливание , которое возникает в связи с отеком глотки, гортани и мягкие тканей дна полости рта.

Компрессионный симптом – боль в области средостения усиливается при поколачивания по пяточкам вытянутых ног в горизонтальном положении больного

Симптом Ретенбурга –Ревуцкого –усиление за грудиной боли , одышки и дисфагии при пассивных смещениях трахеи

Симптом с давления верхней полой вены – наблюдается головная боль, шум в ушах , цианоз лица и шеи, расширение вен и верхней трети грудной клетки.

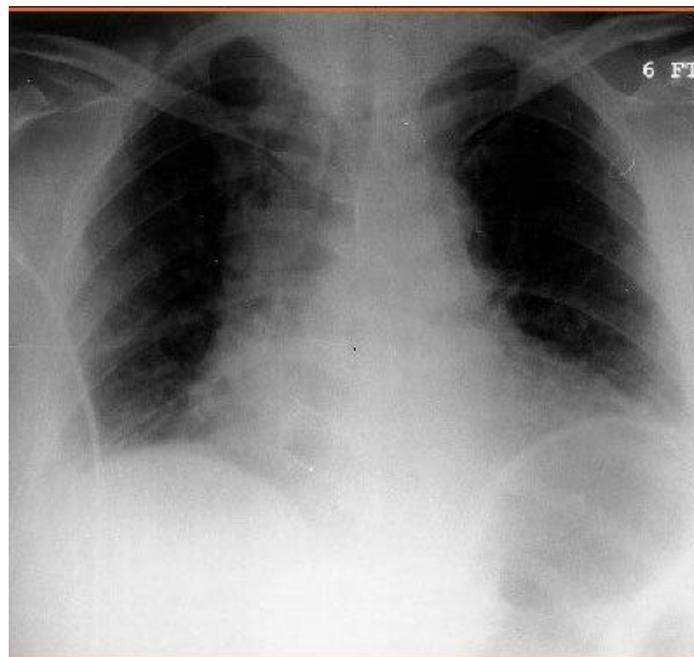
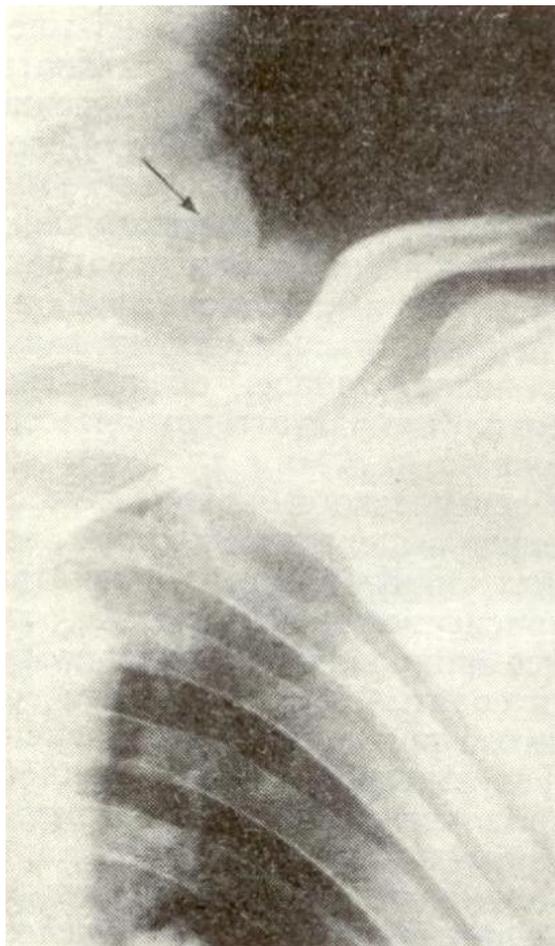
ХАРАКТЕРНЫЕ СИМПТОМЫ ДЛЯ ЗАДНЕГО МЕДИАСТИНИТА

Симптом Ридингера – чаще появляется пульсирующая боль в области груди , которая ирадирует в межлапаточную область и усиливается при надавливания на остистые отростки грудных позвонков.Боль также усиливается при попытке проглотит пищу или во время глубокого вдоха

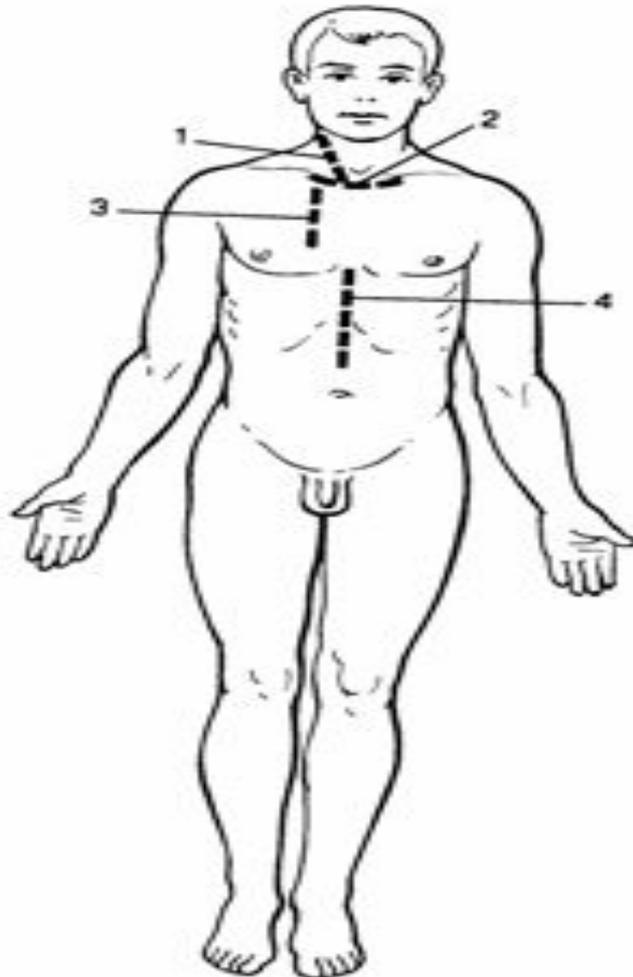
Паравертебральный симптом Равич-Щербо-Штейнберга –появляется ригидность длинных мышц спины, которая имеет рефлекторный характер

Симптом сдавления непарной и полунепарной вены – наблюдается расшерение межреберных вен , воявление выпота п плевле и перикарде.

РЕНТГЕНОГРАММА ГРУДНОЙ КЛЕТКИ БОЛЬНОГО ГНОЙНЫМ МЕДИАСТИНИТОМ



КОЖНЫЕ РАЗРЕЗЫ, ПРИМЕНЯЕМЫЕ ПРИ ПЕРЕДНЕГО МЕДИАСТИНИТАХ.

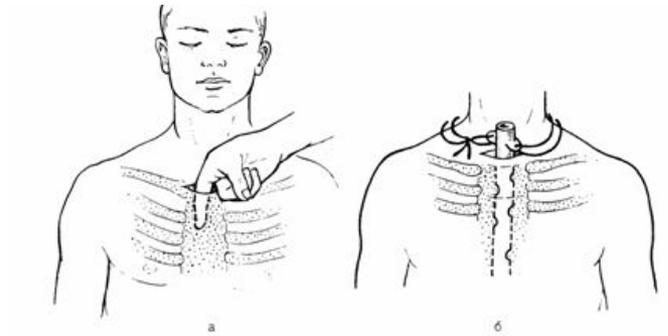


- 1 - шейная медиастинотомия,
- 2 – над грудинный разрез по Разумовскому,
- 3 - разрез по Маделунгу,
- 4— -через диафрагмальная медиастинотомия;

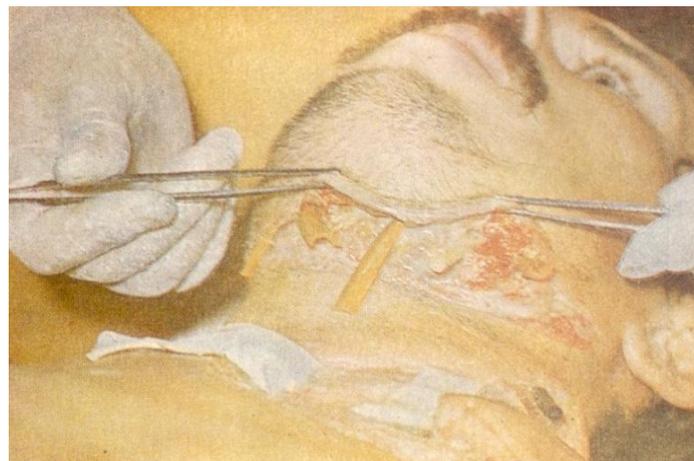
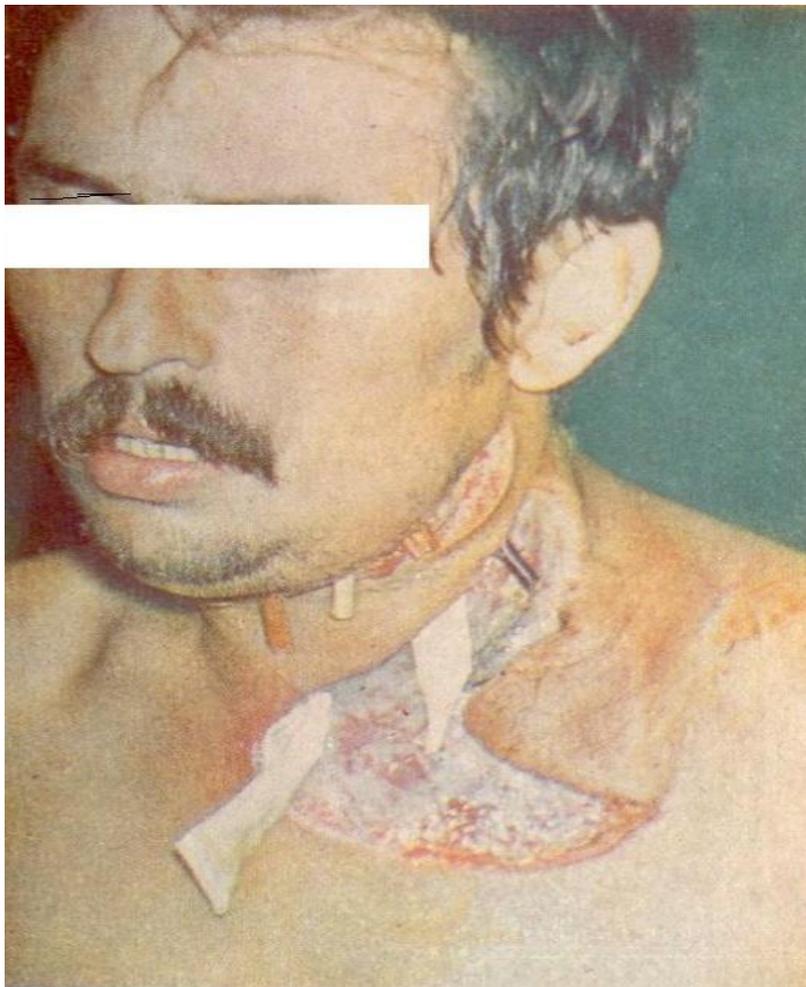
ПОСЛЕ ВСКРЫТИЕ ФЛЕГМОНЫ И ВЕРХНЕЙ МЕДИАСТИНОТОМИЯ



НАДГРУДИННАЯ ШЕЙНАЯ МЕДИАСТИНОТОМИЯ ПО РАЗУМОВСКОМУ ПРИ ВЕРХНЕПЕРЕДНИХ МЕДИАСТИНИТАХ

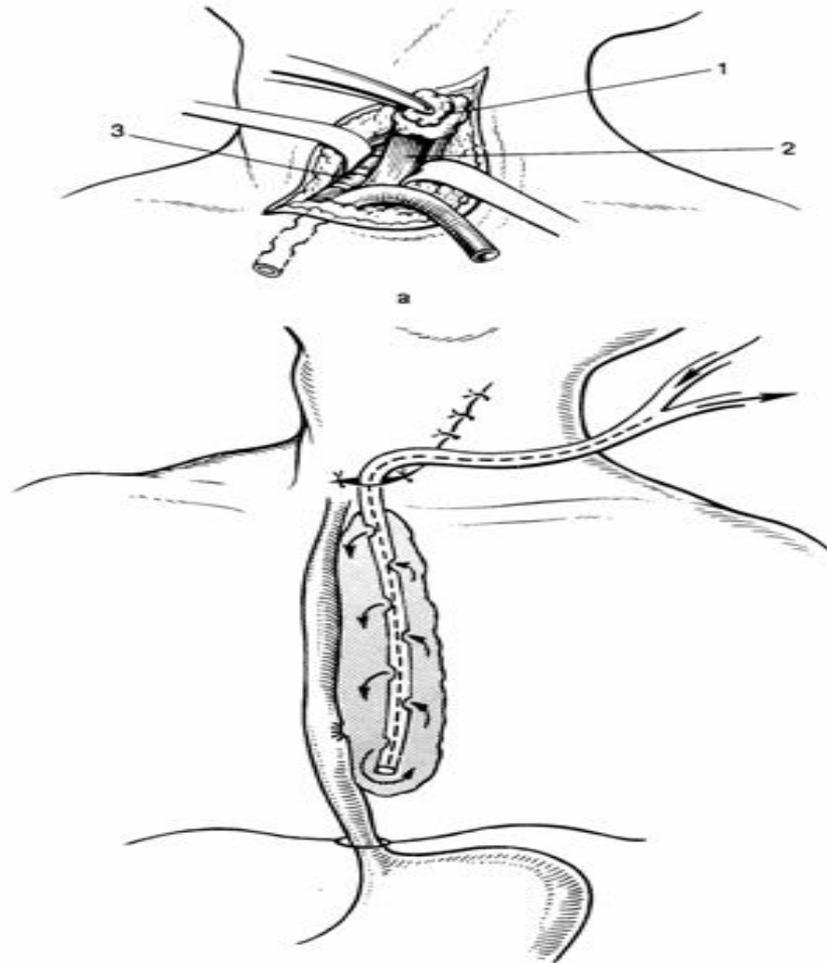


ГНИЛОСТНО-НЕКРОТИЧЕСКАЯ ФЛЕГМОНА ДНА ПОЛОСТИ РТА , ОСЛОЖНЕННАЯ МЕДИАСТИНИТОМ.



После вскрытие флегмоны и верхней медиастинотомия

ШЕЙНАЯ МЕДИАСТИНОТОМИЯ

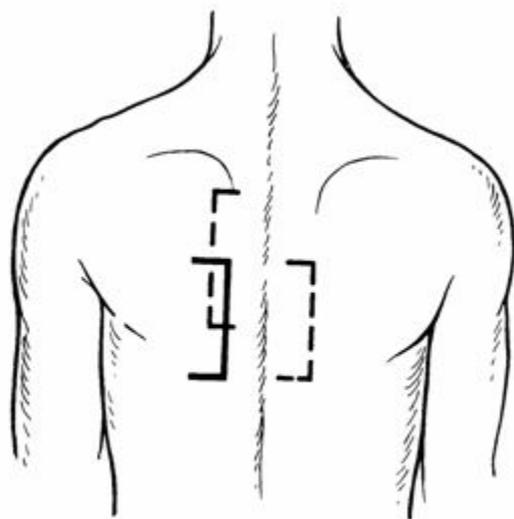


А - вскрытие гнойника: 1 щитовидная железа, 2 пищевод, 3 трахея; чрезшейное дренирование заднею средостения по Каншину..

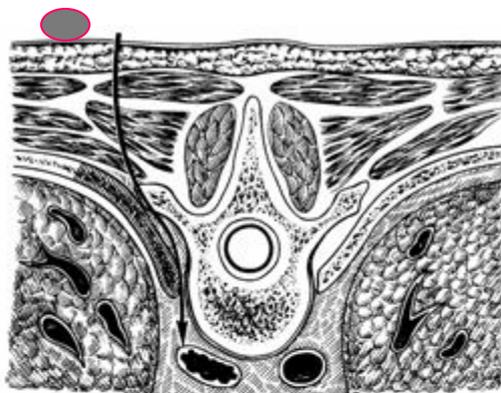
**БОЛЬНОЙ ПОСЛЕ ВСКРЫТИЯ
ФЛЕГМОНЫ ПОЛОСТИ РТА,
ОСЛОЖНЕННОЙ МЕДИАСТИНИТОМ**



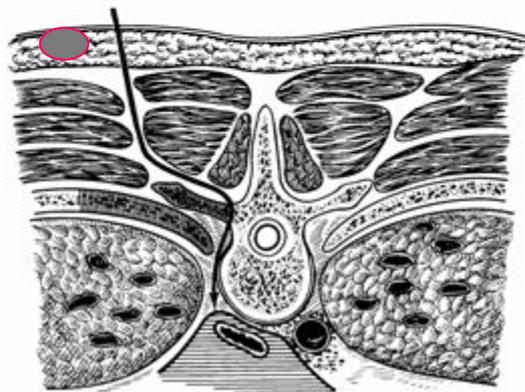
ХИРУРГИЧЕСКИЕ ДОСТУПЫ ПО НАСИЛОВУ ПРИ ЗАДНИХ МЕДИАСТИНИТАХ



ЗАДНЯЯ МЕДИАСТИНОТОМИЯ ПО НАСИЛОВУ



4



5

АНТИБАКТЕРИАЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ УСТАНОВЛЕННЫМ ВОЗБУДИТЕЛЕМ.

микроорганизмы	Средство 1-ряда	Альтернативные средства
ГРАМОТРИЦАТЕЛЬНЫЕ		
E.coli. P.mirabilis	Цефуроксим ; Амоксициллин Клавуланат; Цифлоксарины III поколения	Ампициллин +гентамицин; фторхинолон
K.pnwumoniae, Enterobacter spp., Serratia spp., Citrobacter , P/ vulgsris	фторхинолон	цефепим ; амикацин; имипенем; Пмперациллин/клавуланат;
H. Influenzae	Цефтриаксон; Цефотаксим;	Цефуроксим; Амоксициллин/клавуланат;
Acinetobacter spp.	Ципрофлоксацин; офлоксацин	Имипенем ; Меропенем
P. aerugimoza	Цефтазидим+аминогликозид ципрофлоксацин+аминогликозид	Цефоперазон+аминогликозид; имипенем +/-аминогликозид; меропенем;
S.maltophilia	Ко-тримаказол ; Тикарциллин/клавуланат	Ципрофлоксацин; офлоксацин; хлорамфеникол

микроорганизмы	Средство 1-ряда	Альтернативные средства
ГРАМПОЛОЖИТЕЛЬНЫЕ		
Staphylococcus Spp. MS	Оксациллин; Цефазолин;	Линкомицин; Эритромицин; Амоксициллин;
Staphylococcus Spp. MS	Ванкомицин; Тейкопланин;	Рифампицин +ко-тримаказол
Streptococcus viridans	Бензилпенициллин	Линкомицин; цефтриаксон ; Ванкомицин; тейкопланин, цефтриаксон; цефепим;
Streptococcus pneumoniae	Бензилпенициллин	Цефтриаксон; цефотаксим ; Ванкомицин; тейкопланин
Enterococcus faecalis	Ампициллин+гентамицин	Ванкомицин; тейкопланин; тикарциллин / клавуланат; гентамицин

СПАСИБО ЗА ВНИМАНИЕ