

Актиномикоз челюстно-лицевой области



Выполнили студентки 4 курса стоматологии
406М группы

Береснева Марина Сергеевна

Васильева Надежда Алексеевна

Определение

- **Актиномикоз** – это хроническое инфекционное заболевание, которое возникает в результате проникновения в организм лучистых грибов – актиномицетов. Заболевание характеризуется появлением гранулематозных очагов в различных тканях и органах. Несмотря на то, что гранулематозные очаги могут располагаться практически на всех органах и тканях, в 80-85% случаев актиномикоз поражает челюстно-лицевая область.

Этиология и патогенез актиномикоза

- **Возбудителем актиномикоза является лучистый гриб**, который впервые был описан у животных в 1877 году. А в 1878 году немецкий врач Джеймс Израиль впервые обнаружил аналогичные образования в воспалительных очагах у человека, и назвал их “лучистыми грибками человека”.
- Существуют как аэробные, так и анаэробные виды актиномицетов, но в 90% случаев причиной болезни является анаэробная форма. Следует отметить, что актиномицеты довольно распространены в природе - их можно встретить практически везде. Но что более интересно, возбудителей актиномикоза можно обнаружить и в теле здорового человека: в желудочно-кишечном тракте, в полости рта и т.д. В полости рта их можно найти в области шейки зуба, в десневом кармане и в ретромолярном капюшоне, а также в кариозных полостях.
- Из вышесказанного следует, что возбудитель актиномикоза может попасть в организм как **эндогенно** (из организма), так и **экзогенно** (из окружающей среды). «Входными воротами» внедрения актиномикоза при поражении тканей и органов челюстно-лицевой области могут быть кариозные зубы, патологические десневые карманы, воспаленная или поврежденная слизистая оболочка полости рта, зева, носа, протоки слюнных желез и др.
- После проникновения в организм, актиномикоз начинается, распространяется в нем контактным, лимфогенным (через лимфу) или гематогенным (через кровь) путем. При распространении контактным путем актиномикотические друзы (колони актиномицета) проникают в рыхлую клетчатку, где образуют специфические гранулемы, которые распространяются на окружающие ткани. Гематогенный путь – это когда инфекция проникает в кровеносные сосуды и распространяется по всему организму. Лимфогенный путь – это распространение актиномикоза через лимфатическую систему. По мнению многих авторов, актиномикоз не может распространяться лимфогенно, так как размер друза больше чем размер лимфоузла, следовательно, друз не может проникнуть в лимфоузел, но, по мнению Робустовы в лимфоузел проникает не сам друз, а его маленькая часть, которая называется мицелла.
- Следует отметить, что однократное попадание лучистых грибов в ткани недостаточно для возникновения заболевания. Для развития актиномикоза нужно повторное проникновение. Скрытый период заболевания длится 1-3 недели после внедрения актиномицетов, после чего начинают появляться симптомы.

- Актиномицеты являются компонентами нормальной микрофлоры полости рта (зубная бляшка, десневая жидкость). Патогенные свойства данные бактерии способны реализовывать при проникновении в мягкие ткани и кость

Виды актиномицетов.

- *Actinomyces naeslundii*
- *Actinomyces viscosus*
- *Actinomyces israelii*
- *Actinomyces odontolyticus*

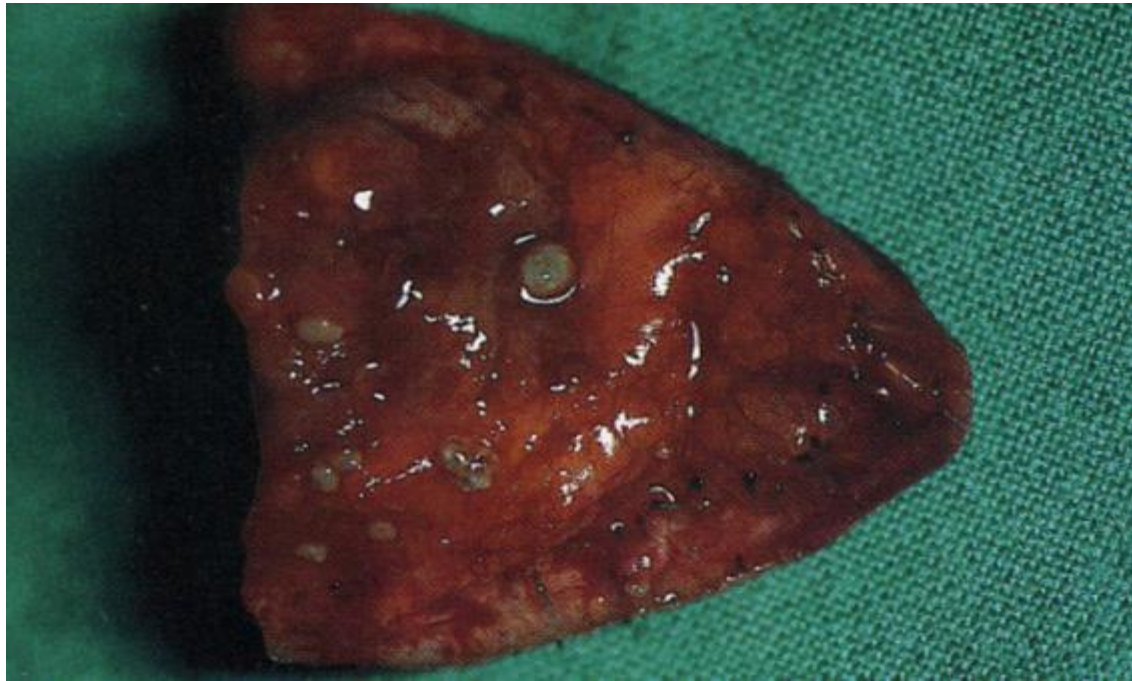
Предрасполагающие факторы.

- Переломы костей челюстей
- Удаление зубов разной степени сложности
- Открытый корневым канал
- Пародонтит, периодонтит (редко)

Основные клинические признаки актиномикоза.

- Боль
- Инфильтрат
- Гиперемия над инфильтратом
- Свищевые ходы с гнойным отделяемым
- Отделяемое свищевых ходов содержит крошкообразные включения - желтые колонии актиномицетов (друзы)

Ткань, содержащая гранулы, «друзы»



Микроскопическая характеристика актиномицетов.

- При микроскопии наблюдаются клетки палочковидной формы, ветвящиеся, нитевидные (актиномицеты), а также лейкоциты, макрофаги, клетки соединительной ткани

Патологическая анатомия актиномикоза

Различают **2 формы морфологического проявления актиномикоза:**

- гнойно-некротическая;
- фиброзная;
- В месте внедрения лучистого гриба образуются специфическая гранулема – актиномикома, которая представляет собой друзы грибов, окруженные лимфоцитами, плазматическими клетками и ксантомными клетками, в цитоплазме которых имеются капельки жира. Грибные друзы находятся в центре гранулемы. Они представляют собой шаровидные сплетения множества отдельных грибов, образующих плотные крупинки желтовато-серого цвета. Со временем кожа над гранулемами подвергается некрозному «расплавлению», образуя свищевые ходы. Иногда периферия гранулемы уплотняется, вследствие чего воспалительный инфильтрат обретает деревянистую плотность – это фиброзная форма.

Классификация актиномикоза челюстно-лицевой

- Есть несколько классификаций актиномикоза челюстно-лицевой области, однако наиболее распространенной является классификация Робустовой, которая была предложена в 1992 году.
- Кожная форма
- Подкожная форма
- Слизистая форма
- Подслизистая форма
- Одонтогенная актиномикозная гранулема
- Подкожно-мышечная форма
- Актиномикоз лимфоузлов
- Актиномикоз периоста челюсти
- Актиномикоз кости челюсти
- Актиномикоз органов полости рта и других отделов челюстно-лицевой области: язык, слюнные железы, миндалины, верхнечелюстные пазухи, придатки глаз

Кожная форма актиномикоза



- **Кожная форма актиномикоза** встречается сравнительно редко. Заболевание может возникать при распространении одонтогенного очага или при проникновении актиномицетов через повреждённый участок кожи лица. Заболевание имеет спокойное хроническое течение. Больные жалуются на незначительные боли и уплотнение в поражённой области. Иногда боль может отсутствовать. Больные указывают на постепенное увеличение актиномикозного очага. Температура тела не повышена. При осмотре обнаруживается воспалительная инфильтрация. Кожа над инфильтратом постепенно истончается и ограничивается, а цвет кожи изменяется от ярко-красного до буро-синего.
- Кожные покровы лица постепенно расслаиваются, и на лице возникают гнойники (пустулы) или бугорки. Пустулы заполнены серозной или гнойной жидкостью, а бугорки содержат грануляционные разрастания. В редких случаях встречается и сочетание бугорков и пустул. В очень поздних стадиях актиномикоза могут образоваться свищи, которые имеют тенденцию самопроизвольно и быстро закрываться. Из свищей идет серозно-гнойное или кровянистое выделение.
- Кожная форма актиномикоза лица имеет тенденцию распространяться вдоль тканей лица.

Подкожная форма актиномикоза

- **Во время подкожной формы актиномикоза поражается подкожно-жировая ткань.** Как правило, пораженная область находится неподалеку от того места, откуда инфекция вошла в организм. Заболевание может возникать на фоне абсцесса, флегмоны или быть следствием контактного распространения кожной формы актиномикоза. Подкожная форма актиномикоза также может образоваться как следствие поражения надчелюстных или щечных лимфатических узлов, после некротического расплавления, которых в процесс вовлекается подкожная клетчатка.
- Подкожная форма актиномикоза характеризуется длительным, но спокойным течением. В период распада специфической гранулемы болезнь может сопровождаться незначительными болевыми ощущениями и повышением температуры тела. В актиномикозном очаге могут наблюдаться экссудативные или пролиферативные изменения.

Слизистая форма актиномикоза

- **Слизистая форма актиномикоза** встречается сравнительно редко. Наиболее частой причиной данной формы является повреждение слизистой оболочки полости рта различными травмирующими факторами: рыбные кости, острые края зубов и т.д. После травмы в слизистой оболочке образуется дефект, через который и проникают лучистые грибы. Чаще всего поражаются слизистая оболочка нижней губы, щек, подъязычной области, а также нижней и боковой поверхности языка.
- **Течение слизистой формы актиномикоза медленное и спокойное.** Боли незначительные, а температура тела не повышена. При осмотре больного определяется воспалительный инфильтрат, который расположен поверхностно, а слизистая оболочка над ним ярко-красная. Постепенно слизистая оболочка истончается и открывается, образуя мелкие свищевые ходы, из которых выделяются грануляции.



Подслизистая форма актиномикоза

- **Подслизистая форма актиномикоза чаще развивается на фоне травмы слизистой оболочки** или в результате одонтогенной инфекции. Данная форма характеризуется преимущественно спокойным течением: температура тела не повышена, болевые ощущения умеренные. Однако в зависимости от локализации процесса боли могут усиливаться при движениях нижней челюсти: открывании рта, разговоре, глотании. Также больных нередко беспокоит ощущение инородного тела в полости рта. При пальпации определяется плотный инфильтрат круглой формы, который постепенно уплотняется, а слизистая оболочка над ним спаивается, становясь мутной. Процесс может обостряться, вследствие чего увеличивается отек соседних тканей, появляется незначительная болезненность и образовывается участок глубокой флюктуации.

Одонтогенная актиномикозная гранулема

- **Одонтогенная актиномикозная гранулема встречается довольно часто**, но распознать данный вид бывает нелегко. Различают одонтогенную актиномикозную гранулему кожи, подкожной клетчатки, подслизистых тканей и периоста челюсти.
- При локализации очага в подкожной клетчатке и коже наблюдается образование тяжа по переходной складке, который идет от зуба к очагу в мягких тканях.
- Периостальная форма имеет медленное бессимптомное течение, и характеризуется тем, что очаг связан с пораженным периодонтом. При обострении процесс распространяется к слизистой оболочке, образуя свищевой ход.



Подкожно-мышечная форма актиномикоза

- **Подкожно-мышечная форма актиномикоза встречается сравнительно часто.** При этой форме актиномикоза сначала в процесс вовлекаются подкожная, межмышечная, межфасциальная клетчатки, после чего инфекция распространяется на кожу, мышцы и лицевые кости. Больные жалуются на припухлость, вследствие воспалительного отека и последующей инфильтрации мягких тканей. Очень часто клиника подкожно-мышечной формы актиномикоза практически не отличается от картины абсцессов и флегмон. Зачастую первым симптомом является ограниченное открывание рта. При осмотре больного определяется глубокий инфильтрат. С течением болезни кожа над актиномикозным очагом постепенно истончается и перфорируется. Из перфорированного участка выделяется гнойная жидкость, которая нередко содержит мелкие, беловатые (иногда пигментированные) зерна – друзы актиномицетов.
- Начало заболевания острое и сопровождается повышением температуры тела до 38-39 °С. После вскрытия очага острые воспалительные явления стихают. В последующем процесс может развиваться по 2 путям: или происходит постепенная резорбция и ограничение инфильтрата, или процесс распространяется на соседние ткани.

Актиномикоз лимфоузлов

- **Актиномикоз лимфоузлов является одним из самых разнообразных видов актиномикоза.** В зависимости от локализации процесса, актиномикоз лимфоузлов может проявляться в виде абсцедирующего лимфаденита, аденофлегмоны, лимфангита или хронического гиперпластического лимфаденита.
- Если процесс локализуется в лицевых, подбородочных, поднижнечелюстных или шейных лимфоузлах, преобладает поражение в виде абсцедирующего или гиперпластического лимфаденита. А если поражаются лимфоузлы поднижнечелюстного или подбородочного треугольника, тогда заболевание протекает в виде аденофлегмоны.
- Актиномикозный лимфангит развивается как хронический процесс лимфатических сосудов. Может протекать как изолированно, так и при актиномикозном поражении лимфоузлов. При осмотре обнаруживается поверхностный, плоский инфильтрат, который с течением заболевания размягчается и спаивается с кожей.
- Абсцедирующий актиномикозный лимфаденит характеризуется появлением ограниченного, слегка болезненного, плотного инфильтрата. Болезнь развивается медленно, температура тела не повышена. Однако при абсцедировании лимфоузлов боли значительно усиливаются, наблюдается повышение температуры тела до субфебрильной. Но после вскрытия абсцесса, процесс медленно подвергается обратному развитию. Следует отметить, что даже после выздоровления инфильтрат полностью не рассасывается.
- Актиномикозная аденофлегмона по клиническому течению похожа на обычную аденофлегмону, вызванную гнойной инфекцией. Характерно наличие в пораженной области болевых ощущений разной интенсивности. Температура тела повышена. Наблюдается выраженный отек в соседних тканях, а цвет кожи над пораженными участками постепенно меняется до красновато-синего цвета.
- Гиперпластический лимфаденит – характеризуется увеличением и уплотнением лимфоузла, который напоминает опухоль или опухолеподобное заболевание. Течение медленное и бессимптомное. Процесс может обостряться и абсцедировать.

Актиномикоз периоста челюсти

- Актиномикоз периоста челюсти по сравнению с другими видами актиномикоза встречается реже. Процесс может протекать в виде экссудативного или продуктивного воспаления. Чаще всего поражается периост нижней челюсти с вестибулярной стороны.
- При экссудативной форме актиномикоза воспалительные процессы появляются в области зуба, а потом переходят на альвеолярную часть и тело челюсти. Больные жалуются на незначительные болевые ощущения. При обследовании обнаруживается плотный болезненный инфильтрат в преддверии полости рта, который постепенно размягчается и ограничивается. Наблюдается также покраснение слизистой оболочки в области инфильтрата. Перкуссия зубов в области инфильтрата безболезненна.
- Продуктивный вид чаще встречается у детей и подростков. Наблюдается утолщение основания нижней челюсти за счет утолщения надкостницы. При длительном течении процесс с периоста может перейти на основание челюсти, деформируя ее.

Актиномикоз челюсти

- Актиномикоз челюсти, в подавляющем большинстве случаев, поражает нижнюю челюсть. Различают 2 вида актиномикоза челюсти: деструктивный или продуктивно-деструктивный.
- Первичный деструктивный актиномикоз – может проявляться в виде внутрикостного абсцесса или внутрикостной гоммы. При внутрикостном абсцессе больные жалуются на боли, которые постепенно становятся интенсивными и принимают невралгический характер. Наблюдается отек мягких тканей, вследствие чего может развиваться воспалительная контрактура жевательных мышц. Течение внутрикостной гоммы медленное и спокойное, болезненные ощущения незначительны. Во время обострений может возникнуть воспалительная контрактура жевательных мышц.
- Продуктивно-деструктивный актиномикоз челюсти чаще наблюдается у детей и подростков. В основном заболевание начинается после одонтогенного или тонзиллогенного воспалительного процесса. Наблюдается утолщение пораженной кости за счет периостальных наложений. Болезнь имеет длительное хроническое течение. Иногда наблюдаются обострения, в ходе которых появляются боли, повышается температура тела, ограничивается открывание рта.

Актиномикоз органов полости рта

- Наиболее частыми формами актиномикоза органов полости рта являются актиномикоз языка, миндалин и слюнных желез, а актиномикоз верхнечелюстной пазухи встречается сравнительно редко.
- **Актиномикоз языка**, как правило, возникает вследствие хронических травм, причиной которых могут стать острые края зубов, неправильно изготовленный протез, инородные тела и т.д. Клиническая картина болезни зависит от локализации поражения. Поражение в области спинки или кончика языка характеризуется наличием безболезненного или малобезболезненного участка, который долгое время может не изменяться. Но в какой-то момент неизбежно происходит абсцедирование или спаивание актиномикозного узла со слизистой оболочкой языка, вследствие чего образуется свищ.
- **Актиномикоз миндалин** встречается редко. Миндалины постепенно увеличиваются и уплотняются до хрящевой консистенции. При обострении процесс распространяется на соседние ткани. Больные жалуются на ощущение инородного тела в глотке.
- **Актиномикоз слюнных желез** может быть первичным или вторичным. Часто инфекция проникает в слюнную железу, через ее проток. В зависимости от течения и характера воспалительной реакции выделяют следующие виды актиномикоза слюнных желез:
 - Экссудативный ограниченный и диффузный актиномикоз
 - Продуктивный ограниченный и диффузный актиномикоз
 - Актиномикоз глубоких лимфоузлов в околоушной железе
- **Актиномикоз верхнечелюстной пазухи** встречается редко. Инфекция проникает одонтогенным или риногенным путем. Клиника актиномикоза верхнечелюстной пазухи напоминает гайморит: наблюдается затрудненное носовое дыхание, иногда гнойные выделения из носа. Слизистая оболочка преддверия полости рта инфильтрирована. При обострении наблюдаются отек в подглазничной, щечной и скуловой области.

Диагностика актиномикоза

Диагноз при актиномикозе ставится на основе следующих исследований:

- Микробиологическое исследование выделений
- Кожно-аллергическая проба с актинолизатом
- Рентгенологическое исследование

Микробиологическое исследование является наиболее простым методом диагностики актиномикоза. Цитологическое исследование окрашенных мазков позволяет определить актиномицетов, вторичную инфекцию. Если этот метод не дает исчерпывающего ответа, то необходимо выделить культуры актиномицетов путем посева.

Кожно-аллергическую пробу ставят по Асину: 0.3мл актинолизата вводят в толщу кожи на поверхности предплечья. На расстоянии 10см от актинолизата вводят 0.3мл мясопептонного бульона. Через час появляются волдыри, которые вскоре (1-2 часа) исчезают и на их месте появляется эритема. У здоровых людей эритема исчезает в течении 12 часов, но если человек болен, эритема исчезнет только через 36-48 ч.

Рентгенологическое исследование играет большую роль при диагностике первичных и вторичных поражений костей актиномикозом. А для диагностики актиномикоза слюнных желез широко используется сиалография.

Лечение актиномикоза

- Лечение актиномикоза комбинированное и включает в себя следующие процедуры:
- Хирургический метод
- Воздействие на специфический иммунитет
- Повышение общей реактивности организма
- Воздействие сопутствующую гнойную инфекцию
- Противовоспалительная, десенсибилизирующая, симптоматическая терапия
- Физические методы лечения
- **Хирургический метод** заключается в удалении зубов, которые являются источниками инфекции, а также в обрабатывании актиномикозных очагов в мягких и костных тканях. Большое значение имеет уход за раной после вскрытия очага. Рану дренируют, обрабатывают 5% настойкой йода, после чего заполняют рану порошком йодоформа.
- **Специфическая иммунотерапия** – проводят актинолизатотерапию, которая дает хорошие результаты.
- Для снятия общей интоксикации внутривенно вводят растворы гемодеза, реополиглюкина с добавлением витаминов.
- При вторичной инфекции **проводят антибиотикотерапию**.
- Большое значение имеют физические методы лечения – УВЧ, ионофорез и фонофорез лекарственных препаратов.

Прогноз

- при актиномикозе в челюстно-лицевой области благоприятный. Однако современные методы лечения дают хорошие результаты при условии раннего распознавания актиномикоза.

Осложнения

- Тяжелым осложнением актиномикоза в челюстно-лицевой области и шеи является распространение патологического процесса в мозг и органы грудной полости. Развитие метастазов в легких или передней грудной стенке протекает более благоприятно, нежели в мозге и его оболочках, последние часто ведут к летальному исходу.
- Вторым грозным осложнением актиномикоза в челюстно-лицевой области служит генерализация актиномикозного процесса в результате гематогенного или, реже, лимфоге иного распространения инфекции с образованием очагов в ряде органов и тканей. Наиболее опасны для локализации актиномикозных очагов, с точки зрения генерализации процесса, боковые отделы шеи, височная область, крыловидно-челюстное и парафарингиальное пространства.
- Длительное течение актиномикоза может привести к развитию амилоидоза внутренних органов, что осложняет не только течение болезни, но и создает трудности в лечении. Все это делает прогноз заболевания опасным для жизни больного.