

РОССИЙСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ ДРУЖБЫ НАРОДОВ
Кафедра: Хирургии

Острый одонтогенный остеомиелит

Выполнили студентки 3 курса
Группа МС-311
Зурначева Дина
Сонина Юлия

Острый одонтогенный периостит челюсти — острое гнойное воспаление надкостницы альвеолярного отростка или тела челюсти, при котором зона первичного инфекционно-воспалительного процесса ограничена пределами пародонта зуба, явившегося входными воротами инфекции.

Поражается:

- надкостница альвеолярного отростка, тела челюсти
- чаще на нижней челюсти (тут причиной развития острого гнойного периостита чаще всего являются первые большие коренные зубы, зуб мудрости. На верхней челюсти — от первых больших коренных зубов, первых малых коренных).

Этиология и патогенез:

- Смешанная микрофлора: стрептококки, стафилококки различных видов, грамположительные и грамотрицательные палочки, реже — гнилостные бактерии.
- Как осложнение острого или обострения хронического периодонтита, при затрудненном прорезывании зубов, воспалении полуретенированных и ретенированных зубов, после травматического удаления зуба или иного вмешательства, как осложнение альвеолита (хирургическое вмешательство нарушает иммунобиологическое равновесие между инфекционным началом и факторами местной и общей защиты организма, развивается воспаление).
- Пародонтит, острый или обострение хронического гайморита, нагноившиеся кисты челюстей, доброкачественные и злокачественные опухоли.

Выделяют 2 стадии:

Серозная стадия (41 %).

Реактивный
воспалительный
процесс в надкостнице,
сопутствующий острому
или обострившемуся
хроническому
периодонтиту.

Гнойная стадия (59 %)

Экссудат из пораженного
периодонта по системе
гаверсовых и
фолькмановских каналов
или через ранее
образовавшуюся узуру в
стенке лунки проникает в
надкостницу, а по
системе
кроволимфообращения -
в окружающие мягкие
ткани.

Морфологическая картина характеризуется отёчностью, разрыхлением надкостницы.

внутренний слой надкостницы расплавляется, и между надкостницей и костью скапливается серозный, затем и серозно-гнойный, гнойный экссудат



экссудат отслаивает надкостницу, нарушая кровоснабжение в ней



дистрофические изменения: лакунарное рассасывание костного вещества, слияние гаверсовых каналов и костномозговых пространств



- ✓ истончение/исчезновение кортикального слоя кости и прилежащих костных балок
- ✓ проникновение гнойного экссудата из-под надкостницы в гаверсовы каналы и переход его на периферические участки костномозговых пространств



Патологическая анатомия:

В надкостнице.

Макроскопически: ее утолщение вследствие отека, разволокнение и частичное отслоение от подлежащей кости.

Микроскопически: она и прилежащие мягкие ткани инфильтрированы лейкоцитами, имеются сосудистые изменения (полнокровие сосудов, стаз и участки кровоизлияний в отдельных местах).

Клиника

- бурно, воспалительные явления нарастают с каждым часом
- самочувствие ухудшается, возникает слабость, повышается температура тела, появляется головная боль, исчезает аппетит, нарушается сон
- пульсирующая боль в области причинного зуба, усиливающаяся при накусывании зубом и перкуссии
- боли в области "причинного" зуба становятся нестерпимыми и распространяются в соответствующую половину челюсти с иррадиацией по разветвлению тройничного нерва: в висок, ухо, шею, глаз.
- в дальнейшем боль уменьшается и приобретает ноющий характер.
- в надкостнице появляется отек околочелюстных мягких тканей.
- кожа над отечными тканями натянута, цвет ее не изменен.

Клиника

- развиваются гиперемия, отек десны, слизистой оболочки переходной складки и прилегающих к ней участков щеки на протяжении нескольких зубов.
- переходная складка при этом бывает сглажена, и в ее толще пальпируется плотный резко болезненный инфильтрат, при гнойной форме образуется валикообразное выпячивание — *поднадкостничный абсцесс* (определяется очаг флюктуации)
- постепенно гной расплавляет надкостницу и изливается под слизистую, образуя *поддесневой абсцесс*.
- В этот период болевая реакция при перкуссии зуба выражена не резко, а иногда отсутствует.
- регионарные лимфоузлы увеличены, при пальпации болезненны (может наблюдаться регионарный лимфаденит)
- на рентгенограмме альвеолярного отростка и тела челюсти при остром периостите *изменений не обнаруживается*.

Дифференциальная диагностика

- с острым или обострением хронического периодонтита,
- острым остеомиелитом,
- абсцессами,
- обострением хронического сиаладенита,
- воспалившимися челюстными кистами,
- доброкачественными и злокачественными новообразованиями челюстей.

Острый или обострившийся хронический периодонтит.

Отличие:

- при периодонтите воспаление локализуется в проекции верхушки корня причинного зуба, при периостите воспаление распространяется под надкостницу.
- при периодонтите в области надкостницы и мягких тканей со стороны преддверия полости рта можно определять небольшой реактивный отёк, а при периостите в этой области локализуется воспалительный инфильтрат и формируется поднадкостничный абсцесс.

Острый остеомиелит.

Отличие:

- воспалительный инфильтрат локализуется с двух сторон альвеолярного отростка, муфтообразно охватывая её (двусторонний периостит).
- при остеомиелите определяется подвижность нескольких зубов, расположенных в зоне поражения, и развивается симптом Венсана.
- остеомиелит сопровождается более выраженной общей интоксикацией организма и болью.

Сиаладенит подъязычных и поднижнечелюстных слюнных желёз.

Отличие:

- при периостите слюнные железы не вовлекаются в воспалительный процесс
- в случае сиаладенита при массаже
- у пациентов с калькулёзным сиаладенитом с помощью рентгенографии дна полости рта можно обнаружить слюнные камни.

Воспалившиеся кисты челюстей, доброкачественные и злокачественные опухоли.

- Эти заболевания иногда сопровождаются развитием воспаления надкостницы. При нагноившихся кистах и опухолях признаки воспаления менее выражены.
- Рентгенография позволяет выявить патологический очаг.
- Следует помнить, что во всех случаях, когда адекватно проведено хирургическое вмешательство и осуществляется дренирование, проводится противовоспалительная терапия, но эффекта от лечения нет либо инфильтрация тканей нарастает, необходимо думать о злокачественной опухоли и целенаправленно искать её.

Лечение.

Комплексное, состоит из оперативного вскрытия поднадкостничного гнойника и создание оттока экссудата, а также из консервативной лекарственной терапии.

- Обезболивание тканей на месте будущего разреза. Проводниковая и инфильтрационная анестезия. Анестетики: 1—2 % раствор новокаина, 2 % раствор лидокаина, 2 % раствор остокаина, 2 % раствор ксилокаина и др.
- Разрез при периостите делают длиной 1,5—2,5 см, рассекая слизистую и надкостницу по переходной складке на всю глубину тканей до кости.
- Для свободного оттока гнойного экссудата и предупреждения склеивания краев раны в нее вводят на 1—2 сут тонкий резиновый дренаж, который может быть изготовлен из хирургических перчаток или полиэтиленовой пленки.
- Одновременно со вскрытием поднадкостничного очага производят удаление "причинного" зуба, послужившего источником инфекции, если его дальнейшее сохранение нецелесообразно.
- После хирургического вмешательства для скорейшего рассасывания воспалительного инфильтрата назначают 4—6 раз в день полоскания полости рта теплым (40—42 °С) раствором калия перманганата (1:3000) или 1—2 % раствором натрия бикарбоната.
- Хороший эффект дают токи УВЧ, СВЧ, флюктуоризация, лучи гелий-неонового лазера малой мощности.
- Назначают сульфаниламиды (норсульфазол, сульфадимезин, сульфадиметоксин, бисептол), пиразолоновые производные (анальгин), антигистаминные препараты (димедрол, диазолин, супрастин, тавегил, перитол, фенкарол), препараты кальция (10 % раствор кальция хлорида, кальция глюканат и кальция лактат), витамины (особенно витамин С).