

Одонтогенный остеомиелит челюсти

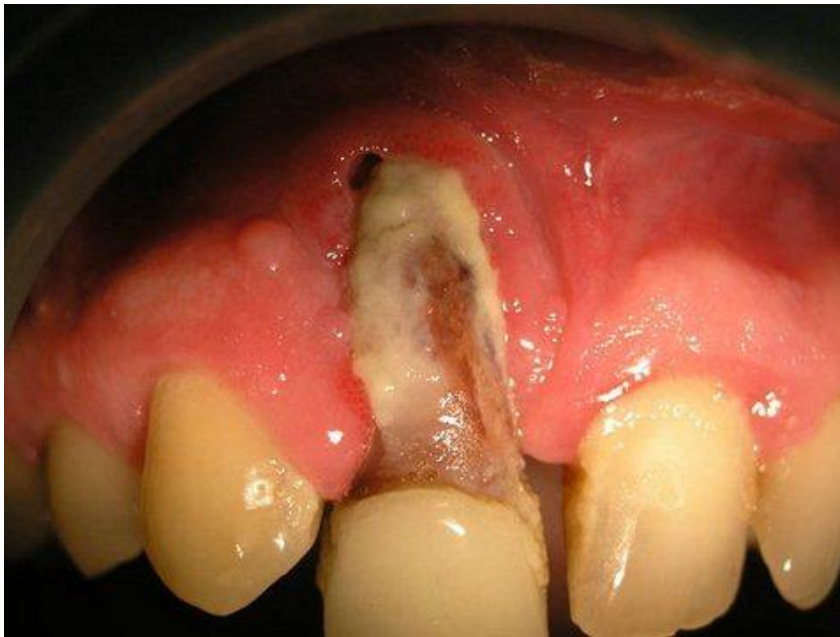
Подготовил: Хамидолла А.

Группа: 308

План

- Введение
- Патогенез остеомиелита челюсти
- Патоморфологическая картина остеомиелита
- Классификация остеомиелита челюстей
- Симптомы заболевания
- Диагностика
- Лечение
- Заключение
- Литература

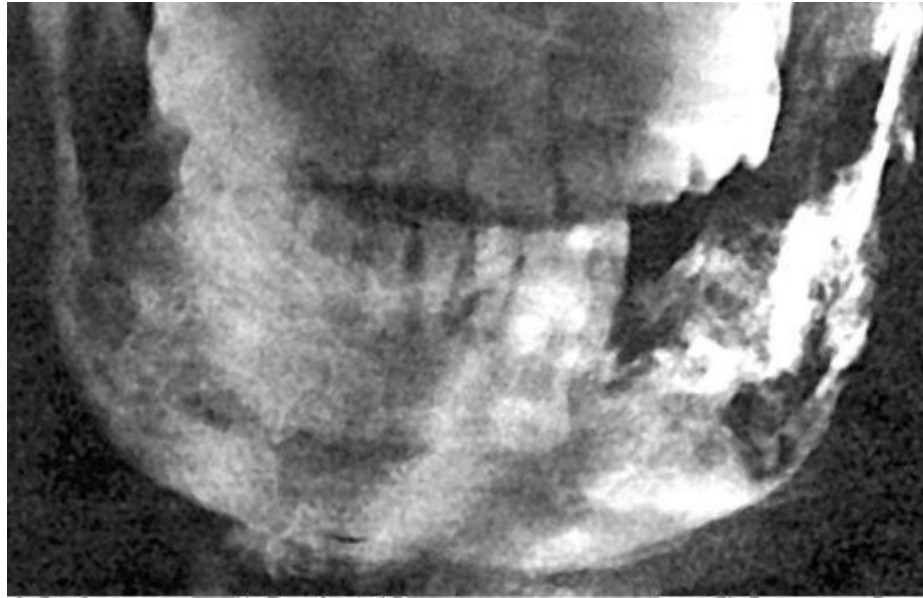
Введение



- ***Остеомиелит (воспаление костного мозга)*** - заболевание, представляющее гнойно-некротическое, инфекционное поражение челюстных костей, развивающееся на фоне снижения иммунной реактивности, повышения вирулентности условно патогенной, одонтогенной микрофлоры, нарушения микроциркуляции с нейрогуморальной регуляцией и повышения сенсибилизации организма.

Патогенез остеомиелита челюсти

Э. Лексер (1884), **А.А. Бобров** (1889) сформировали инфекционно-эмболическую теорию возникновения остеомиелита, положив в его основу нарушение гемодинамики кости за счёт микробных тромбов и особенности строения сосудов в трубчатых костях. Они показали, что в растущей кости сосуды каждой из этих систем заканчиваются слепо, не образуя анастомозов. В то же время результаты исследований **В.М. Уварова** (1934) показали наличие экстра- и интраоссальной системы кровоснабжения челюстей с развитой системой анастомозов.



- Современные исследования показали, что одним из ведущих факторов развития остеомиелита челюстей служат нарушения гемодинамики, происходящие на микроциркуляторном уровне. Выдающаяся роль в изучении патогенеза остеомиелита принадлежит отечественному учёному **С.М. Дерижанову** (1940).
- Исследования **Г.И. Семенченко** (1956) привели к открытию нейротрофического фактора в развитии остеомиелита челюсти. Автор воспроизвёл остеомиелит нижней челюсти у кроликов после длительного механического раздражения нижнеальвеолярного нерва металлическим кольцом. По его мнению, ведущая роль в возникновении остеомиелита челюсти принадлежит не сенсibilизации организма, а нейротрофическим расстройствам, возникающим при раздражении нервов.

Патоморфологическая картина остеомиелита

- При одонтогенном остеомиелите челюстей развивается множественный тромбоз сосудов костномозгового вещества с многочисленными участками кровоизлияний. При этом образуются мелкие и крупные очаги гнойной инфильтрации костного мозга с расплавлением тромбов, очаги остеонекроза различной выраженности.



- Патоморфологические изменения в околозубных тканях при периодонтите и периостите не имеют признака тромбоза сосудов и не приводят к некрозу костной ткани, поэтому не могут быть охарактеризованы как остеомиелит.
- Разная морфологическая картина этих заболеваний даёт основание для выделения их в отдельные нозологические формы единого одонтогенного процесса.

- **Эпидемиология**



Острый одонтогенный остеомиелит обычно возникает у людей в возрасте от 20-45 лет. Мужчины болеют чаще, чем женщины, что обусловлено их несвоевременным обращением к врачу. У госпитализированных больных остеомиелит нижней челюсти составляет 85 %, верхней - 15 % всех случаев заболевания. На амбулаторном приёме число пациентов с остеомиелитом верхней челюсти в три раза выше, чем нижней, что свидетельствует о том, что клиническое течение остеомиелита верхней челюсти легче, чем нижней.

Классификация остеомиелита челюстей

- **В клиническом течении остеомиелита челюстей выделяют 4 стадии:** острую (до 14 сут), подострую (с 15 до 30 сут), хроническую (с 30 сут до нескольких лет) и обострение хронического остеомиелита.

По распространённости процесса различают ограниченный (локализация в пределах пародонта 2-3-х зубов), очаговый (локализация включает альвеолярный отросток, тело челюсти на протяжении 3-4-х зубов, ветвь челюсти на протяжении 2-3 см) и диффузный (с поражением половины или всей челюсти) остеомиелит.

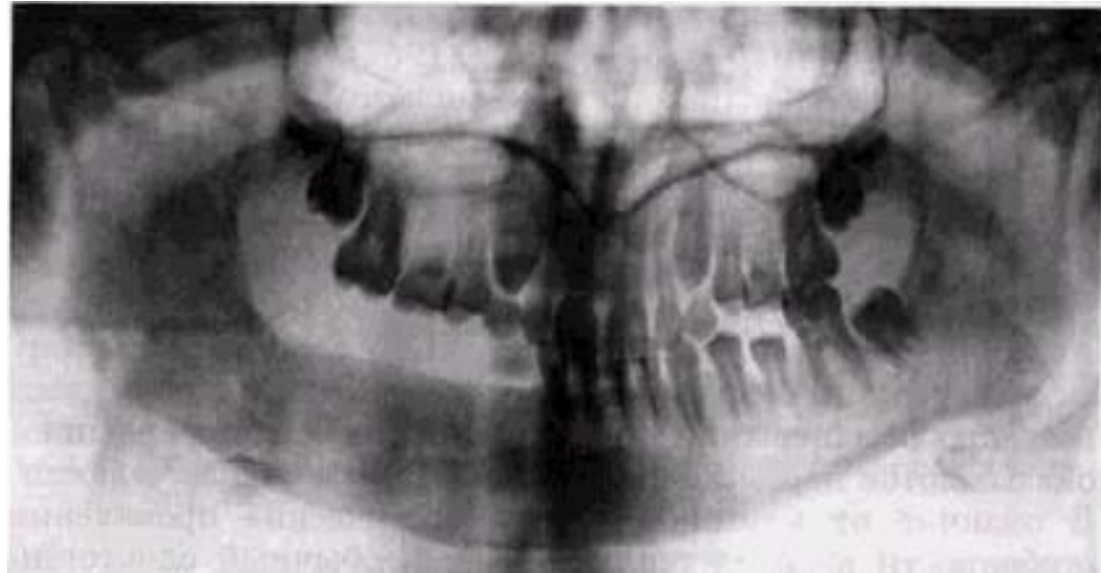
По клинико-рентгенологической картине в хроническом остеомиелите различают форму с преобладанием продуктивногиперпластических процессов и форму с преобладанием деструктивных процессов, причём эта форма тоже может развиваться в двух формах: rareфицирующей и секвестрирующей. Начиная с 80-х гг. XX в. разные авторы стали выделять остеомиелит челюстей, протекающий нетипично, без острой фазы, без температурной реакции тела, с незначительной деструкцией костной ткани, с образованием свищей. Таковую форму остеомиелита они определили как первично-хронический.

Острый одонтогенный остеомиелит

- Началу острого процесса предшествуют инфекционные заболевания (ОРВИ, грипп, ангина и др.) или какая-либо стрессовая ситуация (переохлаждение, перегревание, физическое или эмоциональное перенапряжение). При гиперергическом типе течения воспалительной реакции в остром периоде заболевания больные жалуются на сильную боль в половине челюсти, иррадиирующую в висок, ухо, затылок и шею. Кроме того, в зависимости от локализации процесса могут присоединяться жалобы на боль при глотании, разговоре, пережёвывании пищи, болезненное или затруднённое открывание рта.

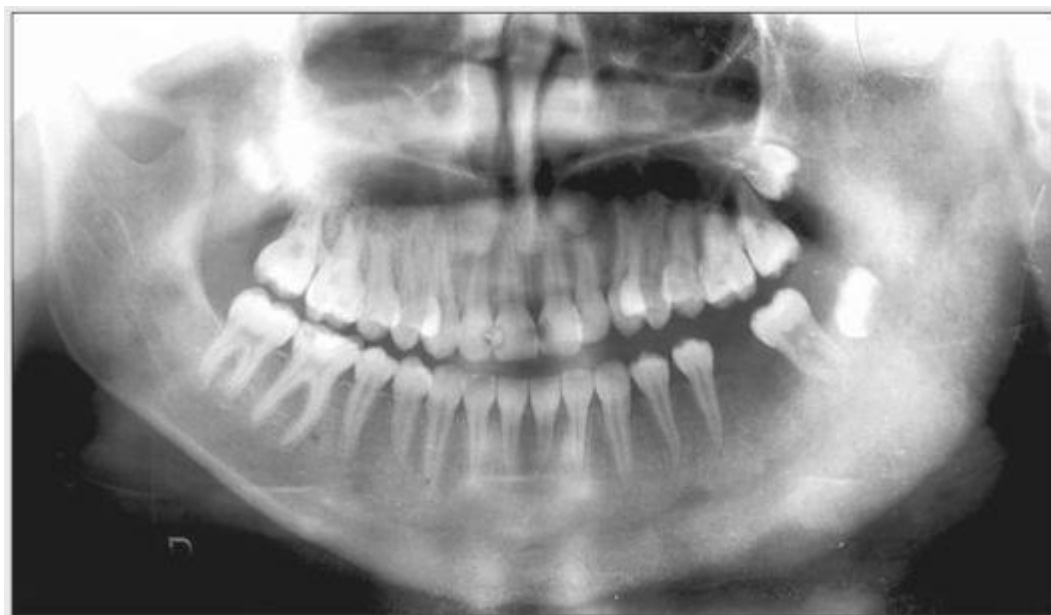


- При остром одонтогенном остеомиелите пациенты жалуются на боль в области одного "причинного" зуба, но вскоре присоединяются признаки воспаления периодонта рядом стоящих зубов. Боль усиливается, иррадиирует в глазницу, висок, ухо. Для остеомиелита нижней челюсти характерны нарушения поверхностной чувствительности красной каймы нижней губы, слизистой оболочки преддверия полости рта, кожи подбородка на стороне поражения. При гнойно-воспалительном процессе в околочелюстных мягких тканях боль как бы перемещается за пределы челюсти, появляются жалобы, типичные для остеофлегмоны (припухлость, сведение челюстей, боль при глотании, жевании).



- Хронический остеомиелит характеризуется улучшением общего состояния организма, уменьшением болей и отека мягких тканей. Отмечается утолщение кости и инфильтрированные окружающие мягкие ткани. Также возле послеоперационных разрезов можно обнаружить свищи, из которых выбухает грануляционная ткань. Ранее подвижные зубы укрепляются (за исключением причинных).

- Характерной особенностью хронического остеомиелита является секвестрация – отторжение отдельных участков альвеолярного отростка и кости.
- Если провести рентгенологическое исследование, то можно обнаружить секвестры – различной формы и размера участки затемнения, ограниченные зонами просветления (грануляционная ткань).



Симптомы заболевания

- Острый остеомиелит местно выявляется в виде выраженной припухлости за счет отека мягких тканей в области поражения и периостита с вестибулярной поверхности по переходной складке и с оральной стороны челюсти. Причинный зуб и соседние с ним становятся подвижными, перкуссия их болезненна. Может проявиться симптом Венсана, характеризующий вовлечение в процесс сосудисто-нервного пучка в нижнечелюстном канале. Определяются увеличенные, болезненные регионарные лимфатические узлы. Характерными признаками острого остеомиелита являются ознобы и резкое повышение температуры тела (до 38-40 °С), в отличие от периостита, кроме того пациент отмечает общую слабость, нарушение сна, снижение аппетита, потерю трудоспособности.

- В подострый период, который наступает через 10-12 дней, общие проявления воспаления начинают стихать, температура тела снижается до субфебрильной, постепенно улучшается сон, аппетит. Местно происходит вскрытие поднадкостничных гнойников с образованием свищей, из которых выделяется гной.





- Нередко ограниченный остеомиелит наблюдается как осложнение перелома челюсти. Течение травматического остеомиелита отличается от одонтогенного, и связано это с тем, что воспалительный процесс развивается не в замкнутом очаге, а имеется сообщение с внешней средой в области повреждения, и отток экссудата осуществляется свободно с первых дней заболевания.

Диагностика

- К сожалению диагностика такого заболевания как острый одонтогенный остеомиелит той или иной челюсти может иметь свои определённые трудности. Считается что только у половины пациентов с таким диагнозом, поступивших на стационарное лечение, диагноз был поставлен правильно. Достаточно часто одонтогенный остеомиелит могут путать с таким ошибочным диагнозом как периостит челюсти. А в результате проводимое лечение может оказываться крайне малоэффективным.
- Кроме того острые формы одонтогенного остеомиелита должны четко дифференцироваться, как острыми формами так и с обострившимися вариантами хронического периодонтита. Важно дифференцировать одонтогенный остеомиелит с острыми формами одонтогенного периостита, различными одонтогенными воспалительного характера заболеваниями протекающими в мягких тканях всей челюстно-лицевой области.

Лечение

- Лечение при одонтогенном остеомиелите челюстей в острой фазе должно быть направлено на ликвидацию гнойно-воспалительного очага в кости и окружающих мягких тканях. Хирургическое лечение состоит из дренирования инфекционного очага в кости путем удаления "причинного" зуба, явившегося источником инфекции, рассечении мягких тканей при околочелюстных абсцессах и флегмонах с проведением диализа раны. Оперативное лечение дополняется целенаправленной комплексной сбалансированной медикаментозной противовоспалительной терапией.



Заключение

- Острый одонтогенный остеомиелит — гнойно-инфекционное воспалительное заболевание челюстных костей при котором источником инфекции являются пораженные кариесом и его осложнениями зубы. Зубы придают челюстным костям анатомическую особенность не встречающуюся в других отделах скелета.
- Только в челюстях костная ткань находится в непосредственном контакте с источником инфекции откуда инфекция может поступать длительное время. Это делает механизм развития острого одонтогенного остеомиелита непохожим на механизм развития заболевания в других костях.

Литература

- Акжигитов Г.Н. Юдин Я.Б. «Остеомиелит»
- <http://hirstom.ru>
- <http://meduniver.com>
- <http://nebolet.com>
- <http://for-medic.info>