



# ОДОНТОГЕННЫЙ ОСТЕОМИЕЛИТ ЧЕЛЮСТИ

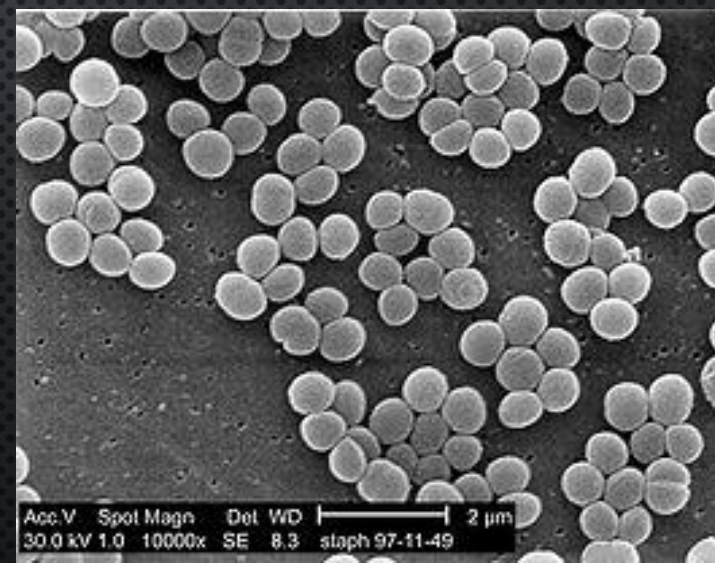
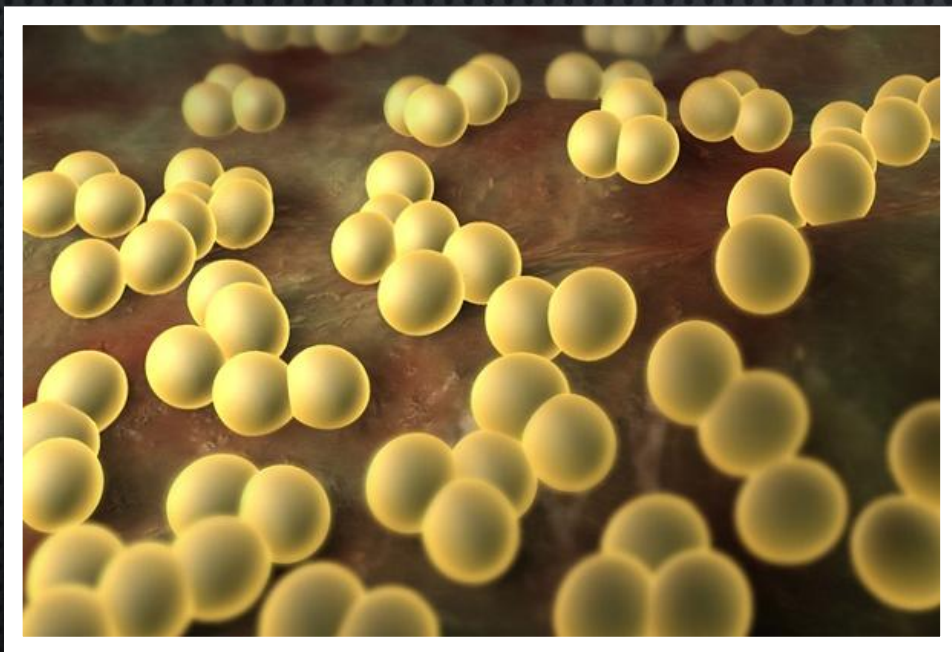
ИНФЕКЦИОННЫЙ ГНОЙНО-НЕКРОТИЧЕСКИЙ  
ПРОЦЕСС В КОСТНОЙ ТКАНИ ЧЕЛЮСТЕЙ



*osteon* — «кость»; *myelo* — «мозг»; *-itis* —  
«воспаление»

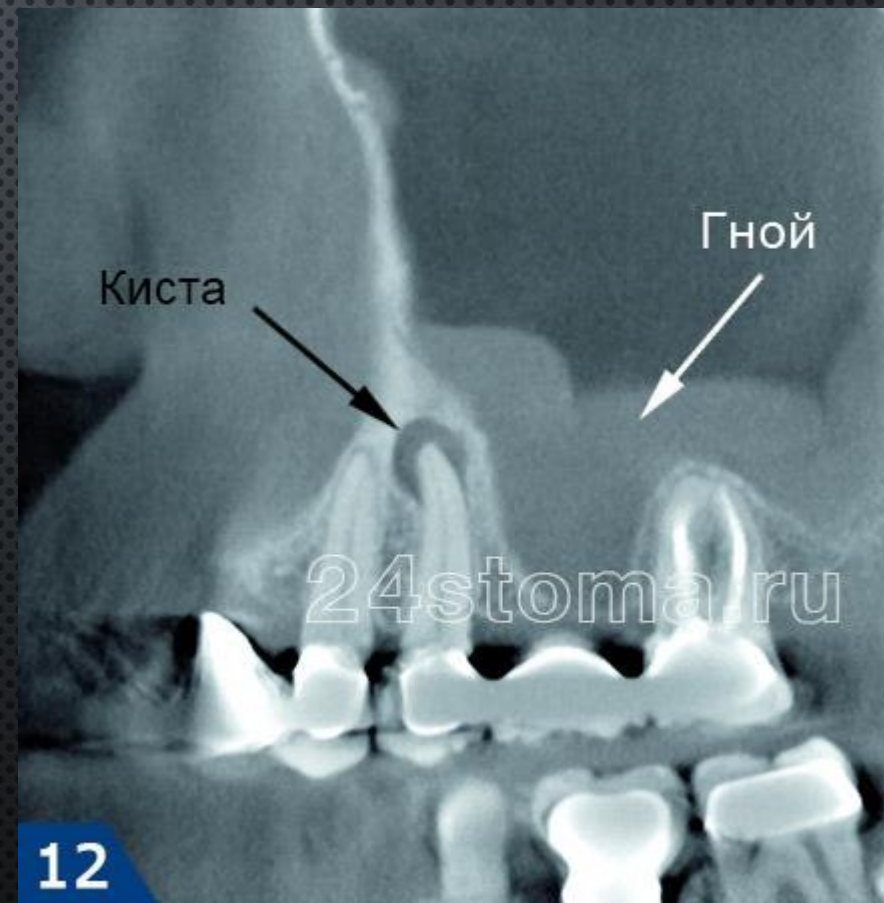
# ЭТИОЛОГИЯ

- ИНФЕКЦИЯ
- СТАФИЛОКОККИ (ЗОЛОТ., БЕЛЫЕ); СТРЕПТОКОККИ; ПАЛОЧКОВИДНЫЕ



# ПАТОГЕНЕЗ ОДОНТОГЕННОГО ОСТЕОМИЕЛИТА ЧЕЛЮСТИ

- **МИКРОФЛОРА (АПЕКС, КРУГ СВЯЗКА)**
- **НАГНОЕНИЕ КИСТЫ**
- **ОПУХОЛЕВИДНЫЕ ПОРАЖЕНИЯ**
- **ВХОДНЫЕ ВОРОТА ДЛЯ ИНФЕКЦИЙ**



# ТЕОРИИ ПАТОГЕНЕЗА

ИНФЕКЦИОННО-ЭМБОЛИЧЕСКАЯ ТЕОРИЯ ПРОИСХОЖДЕНИЯ ГЕМАТОГЕННОГО  
ОСТЕОМИЕЛИТА [БОБРОВ А.А., 1889; ЛЕКСЕР, 1894]

Инфекция по кровотоку -> оседание в концевых капиллярах -> ТРОМБ -> некроз  
Инфекция + некроз

*Результаты анатомических и морфологических исследований строения кости опровергли локалистические и анатомические положения авторов*

# Теория изменения реактивности организма

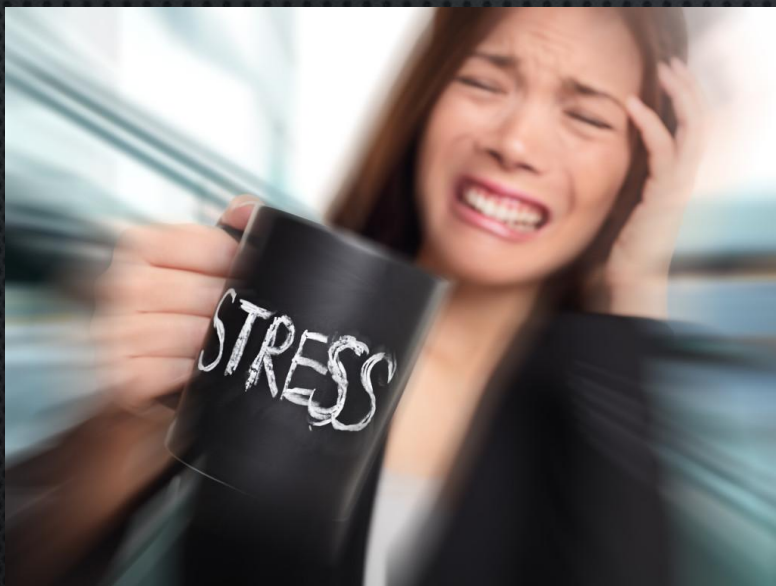
Реактивность организма — это свойство организма реагировать на многообразные физиологические и болезнетворные раздражители окружающей среды

- **МНОГО ФАКТОРОВ (СЕНСИБИЛИЗАЦИЯ)**
- **ВЛИЯЮТ НА РАЗВИТИЕ МЕСТНОГО ВОСПАЛИТЕЛЬНОГО ПРОЦЕССА В КОСТИ**

## Нейротрофическая теория

**Г.И.Семенченко (1958) ведущую роль в развитии остеомиелита челюсти отводит нервно-рефлекторным нарушениям**

- СНИЖЕНЫ ЗАЩИТНЫЕ МЕХАНИЗМЫ ОРГАНИЗМА (СТРЕСС, ПЕРЕОХЛАЖДЕНИЕ, ОСТРЫЕ РЕСПИРАТОРНЫЕ ЗАБ., ВИРУСЫ, ИНФЕКЦИИ)
- СНИЖЕНИЕ ФУНКЦИИ ИММУННОЙ СИСТЕМЫ



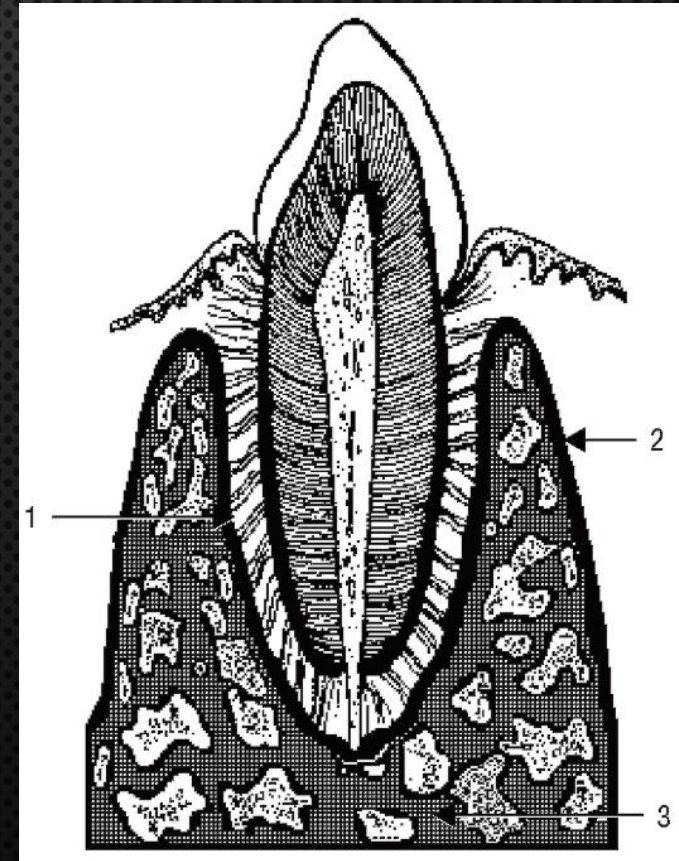
# АНАТОМИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ

- СТЕНКИ АЛЬВЕОЛ -> МНОГО МЕЛКИХ ОТВЕРСТИЙ (СОСУДЫ, НЕРВЫ)

ПЕРИОДОНТИТ: РЕЗОРБЦИЯ, ПЕРЕСТРОЙКА КОСТНОЙ ТКАНИ, РАСШИРЕНИЕ ОТВЕРСТИЙ  
=> СООБЩЕНИЯ (ПЕРИОДОНТ + КОСТНОМОЗГОВЫЕ ПРОСТРАНСТВА)

=> ЭКССУДАТ ИЗ ПЕРИОДОНТА В ТОЛЩУ КОСТИ АЛЬВ. ОТРОСТКА

- => ГНОЙНО-НЕКРОТИЧЕСКИЙ ПРОЦЕСС КОСТНОЙ ТКАНИ — ОСТЕОМИЕЛИТ ЧЕЛЮСТИ.





Обострение хронического  
периодонтита

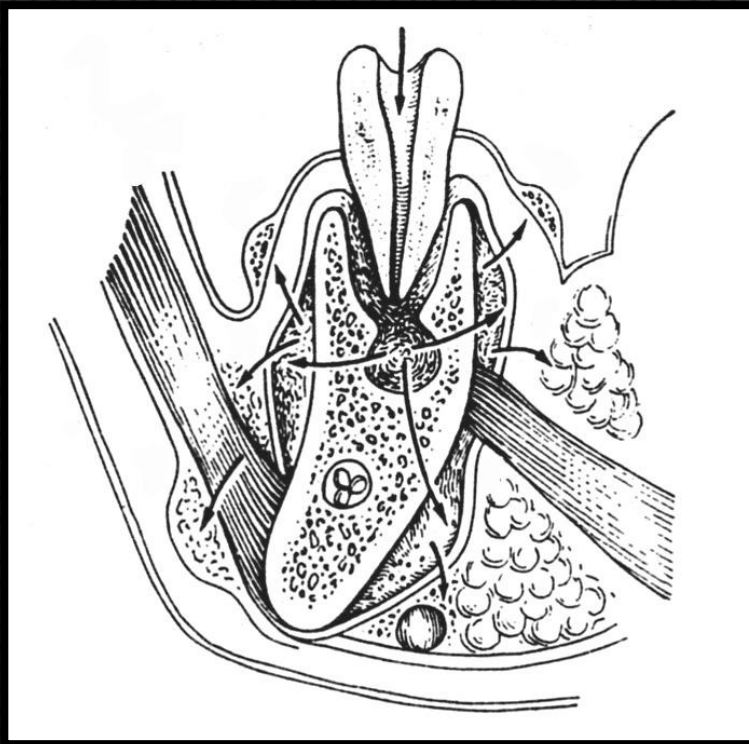


Формирование поднадкостничного  
абсцесса



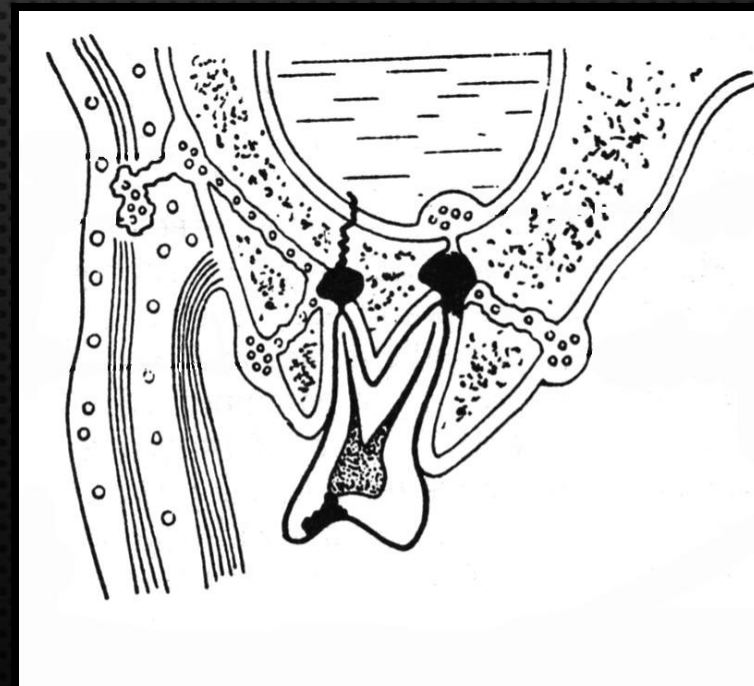
Стадии развития  
воспалительного  
процесса в кости

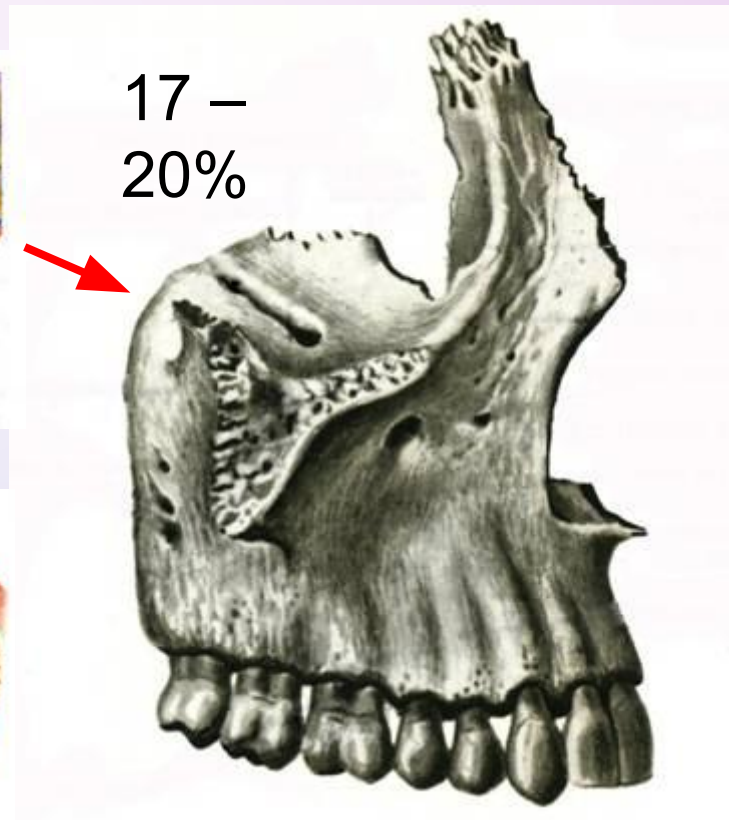
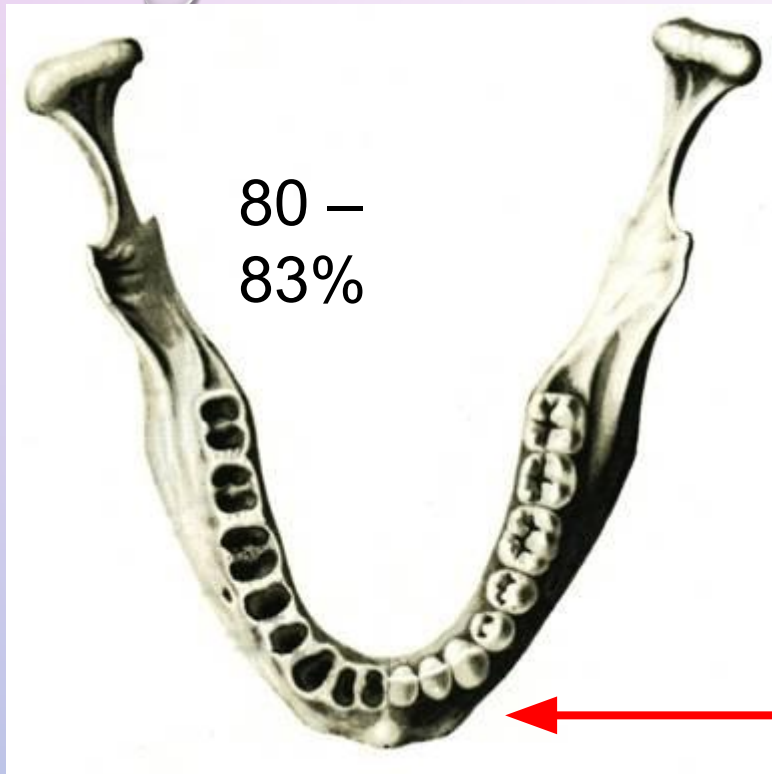
Тромбоз сосудов и некроз костной ткани



**Схема распространения  
воспалительного процесса  
исходящего от больших  
коренных зубов на нижней  
челюсти.**

**Схема распространения  
воспалительного процесса  
исходящего от больших  
коренных зубов на верхней  
челюсти.**





**Нижняя челюсть поражается одонтогенным  
Остеомиелитом в 80 – 83% случаев.**

**Удельный вес поражений одонтогенным  
остеомиелитом верхней челюсти составляет 17  
– 20%.**

# МОРФОЛОГИЯ

- ПОРАЖЕНИЕ КОМПОНЕНТОВ КОСТИ (КОСТНОГО МОЗГА, ОСНОВНОГО ВЕЩЕСТВА, НАДКОСТНИЦА, МЯГКИЕ ТКАНИ)
- КОСТНЫЙ МОЗГ: ГНОЙНАЯ ИНФИЛЬТРАЦИЯ, РАСПЛАВЛЕНИЕ ТКАНЕЙ,
- СЛИЯНИЕ ГНОЙНЫХ ОЧАГОВ
- ИЗМЕНЕНИЕ СОСУДОВ (РАСШИРЕНИЕ, ПОЛНОКРОВИЕ, СТАЗ, ТРОМБОЗ, КРОВОИЗЛИЯНИЯ)
- КОСТНЫЙ МОЗГ: ЭКССУДАТ -> 1) СЕРОЗНЫЙ 2) ГНОЙНЫЙ
- ИЗ КОСТНОГО МОЗГА -> ПИТ. КАНАЛЫ КОСТИ
- ИНФИЛЬТРАЦИЯ ЛЕЙКОЦИТАМИ

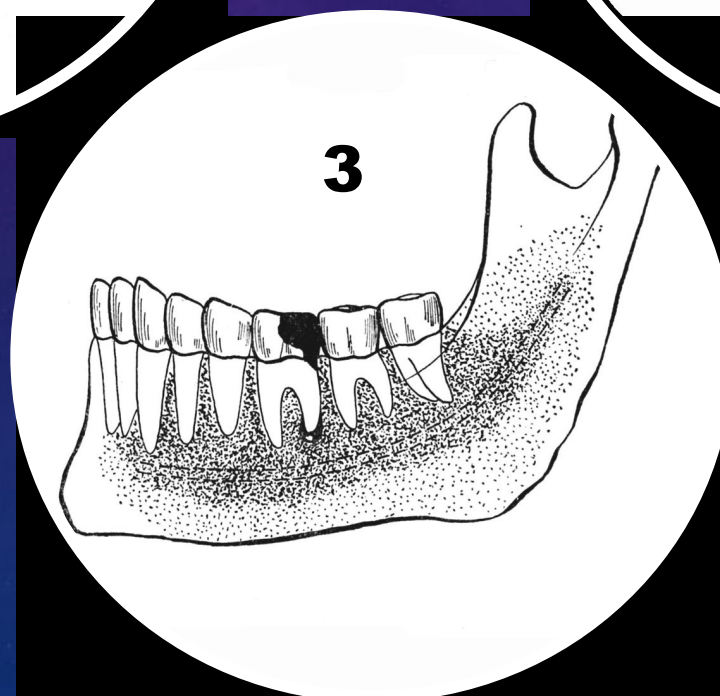
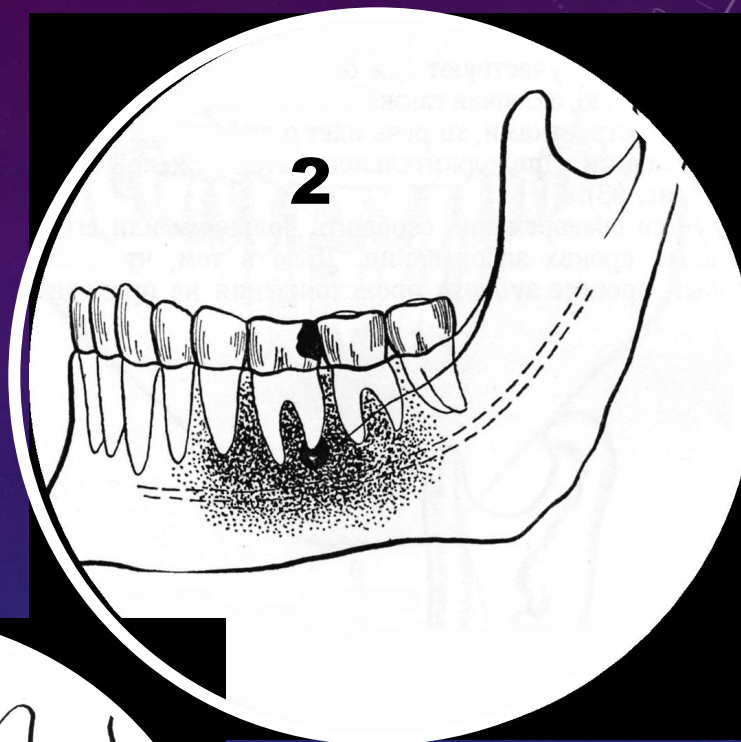
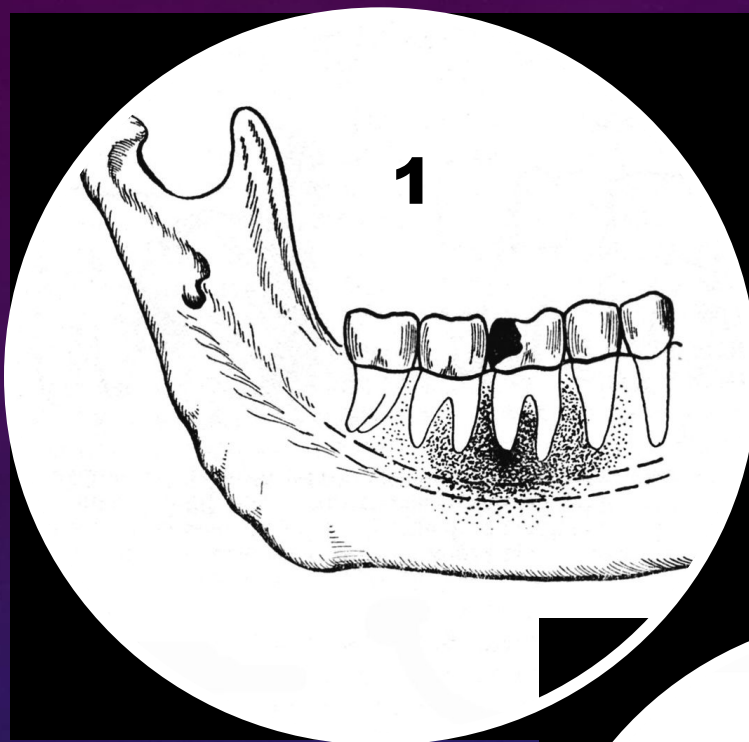
# КЛАССИФИКАЦИЯ

- **В клиническом течении**

- 1) **Острый** (до 14 сут)
- 2) **Подострый** (с 15 до 30 сут)
- 3) **Хронический** (30 сут до несколько лет)
- 4) **Обострение хронического**

- **По распространённости процесса**

- 1) **Ограниченный** (2-3 зуба)
- 2) **Очаговый** (альв отр+тело челюсти на протяж. 3-4 зубов; ветвь на протяж 2-3 см)
- 3) **Диффузный** (1/2, вся челюсть)



В зависимости  
от протяженности  
некроза костной  
ткани выделяют  
формы  
одонтогенного  
остеомиелита:

1 –  
ограниченный  
2 – очаговый  
3 - диффузный

# КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА

## • **острого одонтогенного остеомиелита**

Повышенная реакция организма (*гиперергическая*):

- сильная боль в половине челюсти
- иррадиация в висок, ухо, затылок и шею
- боль при глотании, разговоре, пережевывание
- затрудненное открывание рта
- интоксикация организма
- слабость, недомогание, озноб, нарушение ССС, ЖКТ
- повышение температуры
- неврологические и соматические симптомы: вяло реагирует на окружающую обстановку и задаваемые ему вопросы, бледен, на коже холодный липкий пот

Отек мягких тканей лица (пальпация – резкая боль)

- огранич. Открывание рта
- увеличенные лимфоузлы
- язык обложен
- неприятный запах из-зо рта
- перкуссия зубов в очаге безболезненная
- десна на 3-4 день отечная, выделяется гной

# Клиника острого одонтогенного остеомиелита челюстей



**Острый  
одонтогенный  
остеомиелит тела и  
ветви нижней  
челюсти  
справа, флегмона  
околоушно-**



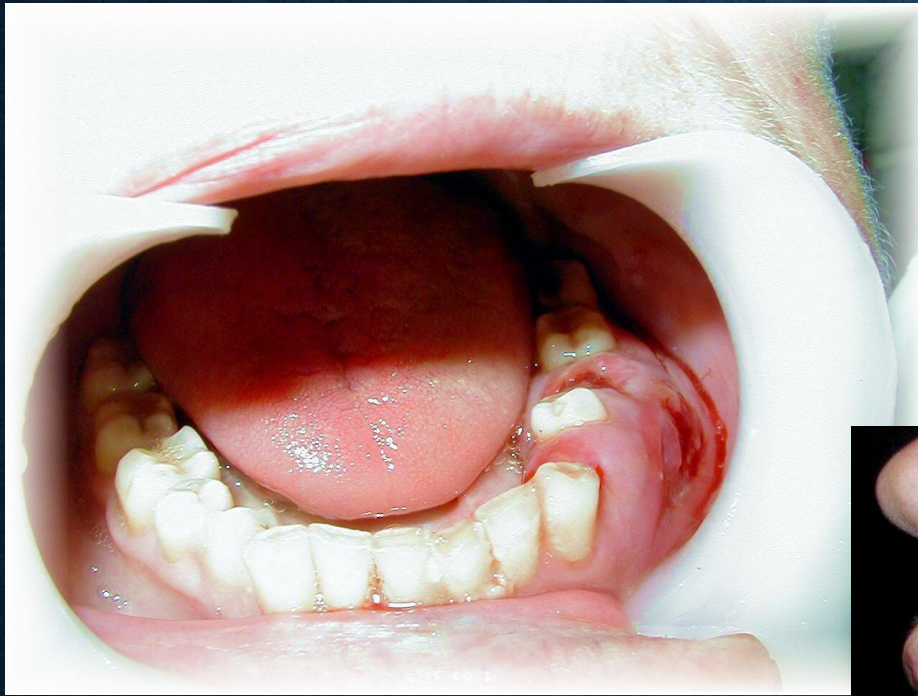
**Острый  
одонтогенный  
остеомиелит  
верхней  
челюсти,  
флегмона  
орбиты справа**



**Острый  
одонтогенный  
остеомиелит нижней  
челюсти справа,  
флегмона  
околоушно-  
жевательной**



Клиника острого одонтогенного  
остеомиелита нижней  
челюсти



**Муфтообразный  
инфильтрат  
в области альвеолярного  
края нижней челюсти  
слева**



**Инфильтрат в подчелюстной  
области  
слева**

# КРОВЬ, МОЧА

- Увеличение кол-ва лейкоцитов (от 10-15 [ $10^9$ ] л)
- Увеличение кол-ва нейтрофилов (до 70-80%)
- В моче повышен белок, лейкоциты

# ОГРАНИЧЕННЫЙ ОСТЕОМИЕЛИТ (2-3 ЗУБА)

- Температура субфебрильная, но в течение 1-3 дня до 39-40
- Ознобы, профузные поты (внезапное потоотделение)
- Интоксикация бывает умеренной
- Воспалительный процесс в надкостнице, альв. Отростке иногда в теле челюсти.  
Образование поднадкостничных гнойников (вестиб, орал)

# ДИФФУЗНЫЙ ОСТЕОМИЕЛИТ

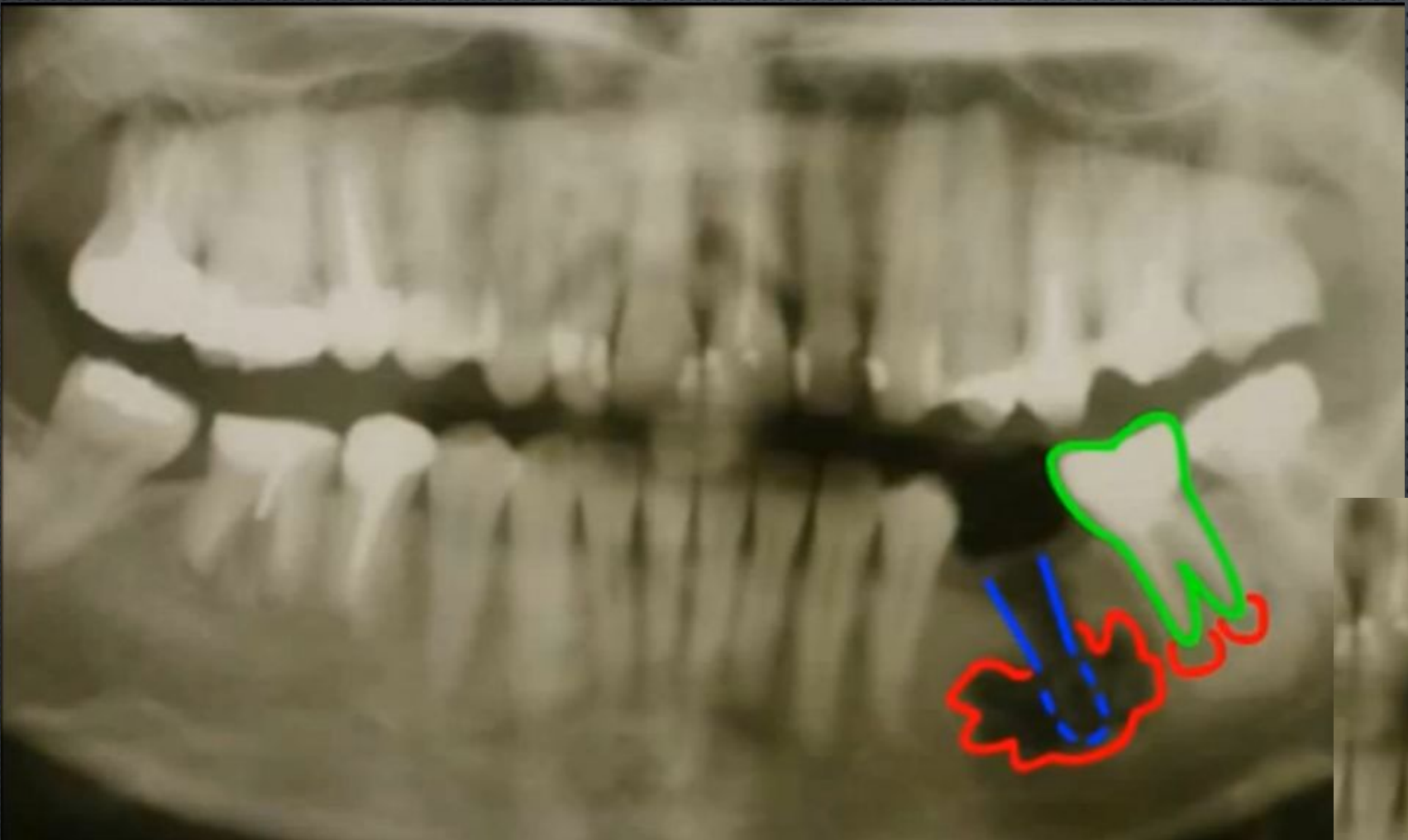
- Температура высокая (39,5-40). Лихорадочная
- Интоксикация различной степени выраженности
- Озноб и пот (характерные проявления)
- Инфекция распр. На мягкие ткани => абсцессы, флегмоны
- Лимфоузлы увеличены (подНЧ, подбородоч., иногда передние шейные)  
Болезненны при пальпации

# Клиническая картина

## подострого одонтогенного

## остеомиелита

- Общее состояние нормализуется (при диффузном – улучшается: сон, аппетит, ЖКТ)
- Температура стабилизируется (с утра мб 37)
- Лимфоузлы плотнее, подвижные
- Открывание рта свободное. Ограниченное при локализации очагов в области угла и ветви НЧ, бугра ВЧ
- Слизистая ПР отечная
- При вскрытии гнойников поднадкостничных – свищевые ходы с гноем. Из лунки – грануляции
- Подвижность



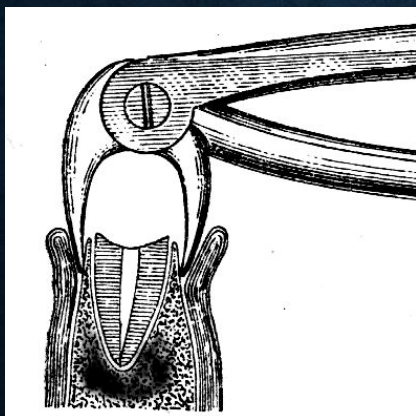
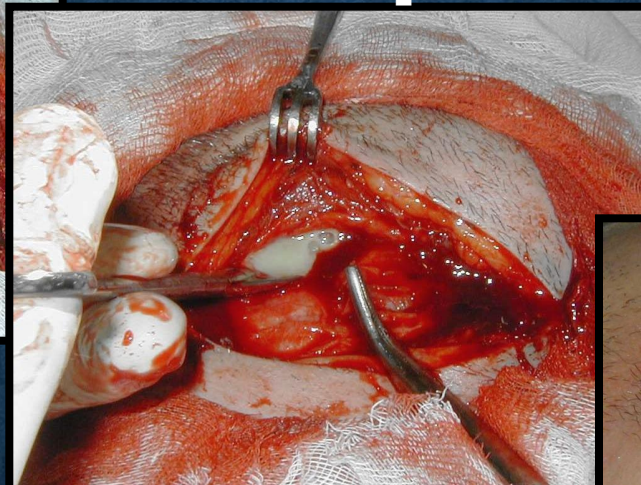
# ЛЕЧЕНИЕ

- **В стационаре**
- **Первичная обработка гнойных очагов в надкостнице, кости, мягк. Тканях**
- **Противовоспалительная (АБ), дезинтоксикация, общеукрепляющая, стимулирующая, симптоматическая терапия**
- **Удаление зуба(ов)**
- **Вскрытие гнойных очагов**
- **Иммунотерапия**

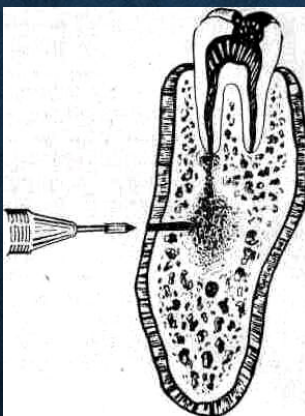
# Лечение острого одонтогенного остеомиелита челюстей



Операция – вскрытие  
флегмоны



Удаление «причинного»  
зуба



... или трепанация  
кости

+ антибактериальная,  
десенсибилизи-  
рующая, дезинтоксикационная  
терапия



# Клинический случай

Острый одонтогенный остеомиелит нижней челюсти слева

- Клинический диагноз: Острый одонтогенный остеомиелит нижней челюсти слева. Подчелюстной лимфаденит слева. Повышенный рвотный рефлекс

# Жалобы

- Жалобы: на острую боль в нижней челюсти слева, ноющие боли в подчелюстной области слева, отек на десне и в подчелюстной области слева, асимметрию лица

Жалобы на боли: постоянные, острые, интенсивные боли локализующиеся в нижней челюсти слева, а также ноющие боли в подчелюстной области слева

Жалобы общего характера: слабость, недомогание, потеря аппетита, плохой сон, бессонница

Жалобы, связанные с нарушением функции органов:

Со стороны сердечнососудистой системы тоны сердца приглушены; со стороны дыхательной и пищеварительной систем патологии не обнаружено

# История развития заболевания

- Считает себя больным около двух дней, когда заболел зуб на нижней челюсти слева, появился отек, повышение температуры тела до 38С. Обратился за помощью в экстренный кабинет, где был осмотрен дежурным стоматологом-хирургом. Больной был госпитализирован

# Предварительный диагноз

- Предварительный диагноз: острый одонтогенный остеомиелит нижней челюсти слева.
- Обоснование: диагноз поставлен на основании жалоб больного на острые, постоянные, интенсивные боли локализующиеся в нижней челюсти слева; данных анамнеза заболевания о том, что считает себя больным около двух дней, когда заболел зуб на нижней челюсти слева, появился отек, повышение температуры тела до 38С.; данных объективного исследования - незначительная асимметрия лица за счет воспалительного отека мягких тканей нижней челюсти слева.
- Открывание рта не ограничено. В полости рта 37 разрушен на 23, слизистая оболочка вокруг отечная, пальпация болезненная. Перкуссия 37 болезненная. Переходная складка в области 35,36,37 сглажена. Слизистая оболочка альвеолярного отростка гиперемирована и отечна как со стороны преддверия полости рта, так и с небной стороны, высыпаний нет. Десны отечны и гиперемированы, не кровоточивы, разрыхлены. Язык нормальной формы и величины, влажный, обложен, выраженность сосочков в пределах нормы. Трещин, прикусов, язвочек нет. Слизистая глотки розового цвета, влажная, гладкая, блестящая, налетов, изъязвлений, рубцов нет.
- При пальпации определяется болезненность по наружной поверхности челюсти в области воспалительного очага

# План обследования

- **общий анализ крови, общий анализ мочи, рентгенография нижней челюсти**

- **данных рентгенографии нижней челюсти: на рентгенографии нижней челюсти слева - очаг деструкции костной ткани в области корней 37 с четким контуром, диаметр 1,0 см**

# План и методы лечения

1. Клинико-лабораторное обследование.
2. Вскрытие и дренирование субпериостального абсцесса, удаление 37 зуба под наркозом.
3. Медикаментозная терапия.

