

**С.Ж.Асфендияров атындағы
Қазақ Ұлттық
Медицина Университеті**



**Казахский Национальный
Медицинский Университет
имени С.Ж.Асфендиярова**

Кафедра:

СӨЖ

**Тақырыбы: Жоғарғы және төменгі
жақтағы жедел іріңді периостит**

Орындаған: Тажибаева Нургуль.

Тобы: СТ15-005-02

Курс: 3

Тексерген:.

Жоспары:

I.Кіріспе

II.Негізгі бөлім

1. Жақ-бет аймағы қабыну процестерінің жіктелуі
2. Жедел одонтогенді периоститтің этиологиясы,патогенезі
- 3.Жедел одонтогенді периоститтің патологиялық анатомиясы
4. Дифференциалды диагноз
- 5.Емі

III.Пайдаланған әдебиеттер

Жақ-бет аймағы қабыну процестерінің жіктелуі

Қабыну процестері		
<i>одонтогенді</i>	<i>Одонтогенді емес</i>	<i>спецификалық</i>
1. периодонтит 2. периостит 3. остеомиелит 4. Абсцес, флегмоны 5. гайморит 6. лимфаденит спецификалық емес	1. Фурункул, карбункул 2. гематогенді остеомиелит 3. сиалоаденит 4. лимфаденит спецификалық	1. туберкулез 2. актиномикоз 3. сифилис



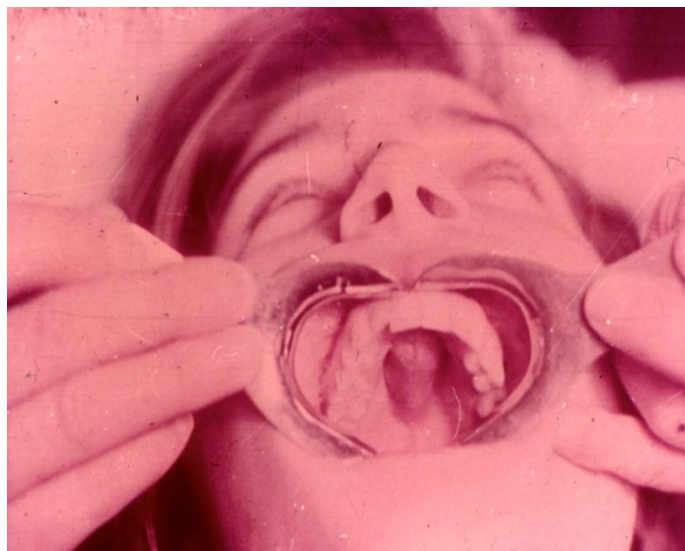
Классификация

1. Жедел периостит (серозды, іріңді);
2. Созылмалы периостит (жай, оссифицирленген, (рарефицирленген форма).

Периостит

- Периостит (көне грекше: peri маңы + көне грекше: ostéon - сүйек)— жақ сүйек қабығының қабынуы.
- *Жедел одонтогенді периостит-* альвеолды өсіндінің немесе жақ сүйегі сыртқы қабығының жедел ағымды іріңдеп қабынуы.

Жедел одонтогенді периоститтің клиникасы



Жиі себеп тістер

Төменгі жақ

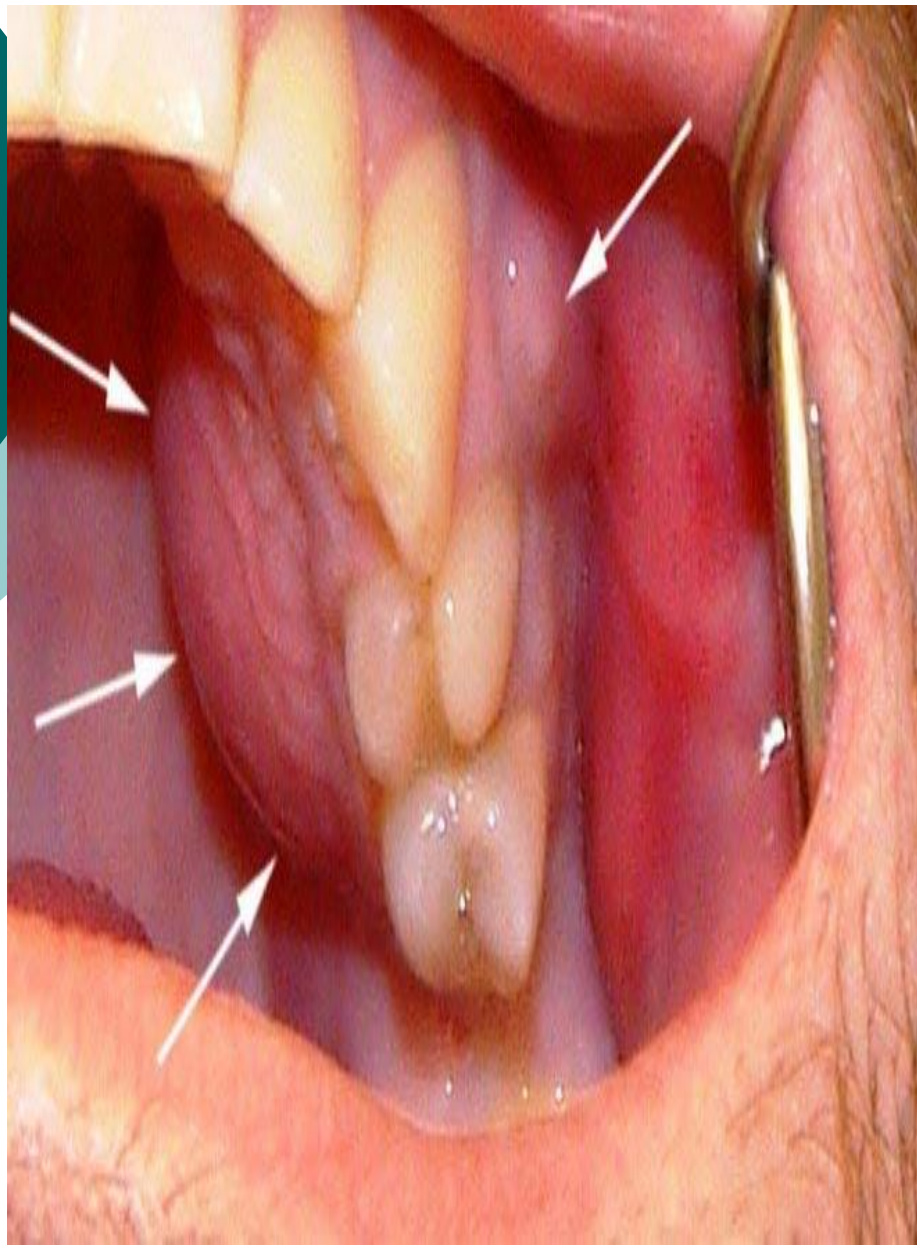
- 1 ші үлкен азу тіс – 22,9 %;
- 3 ші үлкен азу тіс– 17,8 %;
- 2 ші үлкен азу тіс -12,3 %.

Жоғарғы жақ

- 1 ші үлкен азу тіс– 24,8 %;
- 2 ші үлкен азу тіс– 11,6 %.

ЭТИОЛОГИЯ

- Стрептококк пен стафилококктан тұратын аралас микрофлора
- грамоң теріс грамтеріс микроорганизм
- іріңді бактериялар



1.4 Патогенез

Жедел периостит жиі созылмалы периодонтиттің және кейде жедел периодонтиттің асқынуы салдарынан болады. Себептер жиі байланысты:

- одонтогенді кисталардың іріңдеуімен,
- тістердің қиын жарып шығуымен,
- пародонтитпен,
- эндодонтиялық іс-әрекеттермен,
- тісті травматикалық жұлумен,әсіресе сүйек тінін зақымдаумен



Жалпы жағымсыз факторлар:

- салқындау
- шаршау
- стресттік жағдайлар

Қабыну процесінің қалыптасуына себепші болады.

Периоститтің пайда болуы периодонттан экссудацияның енуінің нәтижесінде пайда болады. Экссудация периодонттан сүйек қабына дейін тарала бастайды. Инфекция кішкене тесікшелер арқылы альвеола өсіндісінің компакттілі пластинкасына, қоректік арналар мен остоннің арналарына енеді.

Альвеол қабырғасындағы өзгерістер - остеокластикалық резорбцияның ерекше маңызы бар.

Микроорганизмдер сонымен қатар лимфалық тамырлар арқылы периодонттан сүйек қабына дейін таралуы мүмкін.

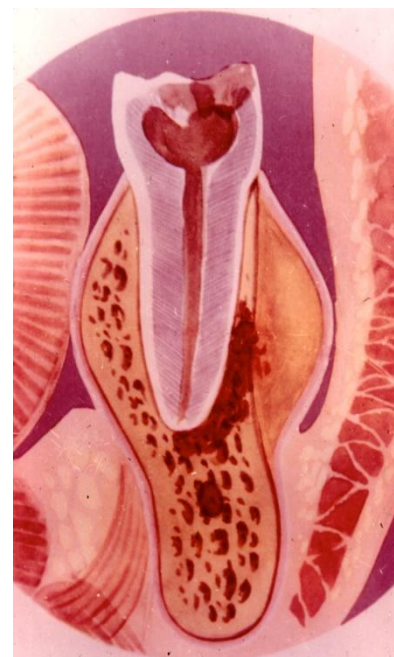
1.5 Патологиялық анатомия

Патологиялық анатомиясы. Бастапқы кезде қызыл иек домбығу әсерінен ісініп, сүйектің сыртқы қабығы мен шырышты қабықтың инфильтрациясы байқалады. Іріңді экссудат сүйек пен оның сыртқы қабығының астына жиналады. Экссудаттың мөлшері көбейген сайын, сүйектің сыртқы қабығы кортикальды пластинкадан ажырайды.

Микроскопиялық өзгерістер — іріңді инфильтрация, ал оның шет жақтарында — жаңа сүйек затының пайда болуы байқалады.

Жақ сүйегінің кортикальды пластинкасының іріңді ошаққа жақын орналасқан және сүйектің сыртқы қабығынан ажыраған тұсында қабыну және дистрофиялық өзгерістер болады. Сүйектің резорбациясы гаверс, фолькман түтікшелерінің кеңуіне және жақ сүйегінің кортикальды бөлігінің остеопорозына әкеп соғады. Резорбацияға ұшыраған сүйек учаскесі клеткалы-талшықты тіндермен алмасады, яғни бұл ұлғайып өскен эндоост болып табылады. Мұның бәрі жақ сүйегінің кортикальды қабатының жұқарып, кейбір жерінде ақаулардың пайда болуына әкеп соғады, Осы ақаулар арқылы лейкоциттер сүйек майы кеңістігінің шеткі учаскелері мен гаверс өзектеріне енеді. Соның салдарынан сүйек майының альвеолды өсіндіге жақын жатқан тұсында домбығу пайда болады. Сонымен, периоститте болатын гистологиялық өзгерістер, жедел ағымды периодонтит кезінде қоршаған сүйек тіндерінде болатын өзгерістердегідей. Бірақ та бұл процестер кезінде, сұйық зат учаскесінде айтарлықтай өлеттену мен жойылу байқалмайды.

Одонтогенді периостит кезінде іріңнің таралуы



Жедел іріңді периостит



Жедел іріңді периостит жоғарғы
жақ орталық күрек тістер
аймағындағы. Жоғарғы ерін ісінуі

Жедел іріңді ПЕРИОСТИТ



Төменгі жақта сүйір тіс пен кіші
азу тістер аймағындағы
периостит.

Жедел іріңді периостит



Беттің бүйір бөлігінің ісінуі.
Төменгі жақтағы үлкен азу
тістер аймағындағы іріңді
периостит.



Төменгі жақтағы созылмалы периодонтиттің асқынуынан пайда болған жедел іріңді периостит



Жедел іріңді периостит.Қалыңдаған ,іріңге толып ажыраған сүйек қабы.

Жедел іріңді одонтогенді периоститтің клиникасы

Бастапқы кезең. Кейбір науқастарда қабыну процесі сағат сайын тез дамиды. Ал кейбір науқастарда жай дамиды 1-2 күнде.

Науқастың жағдайы нашарлап, әлсіздік, бас ауырып, тәбеті бұзылып, температурасы көтеріледі. Ұйқысы бұзылады.

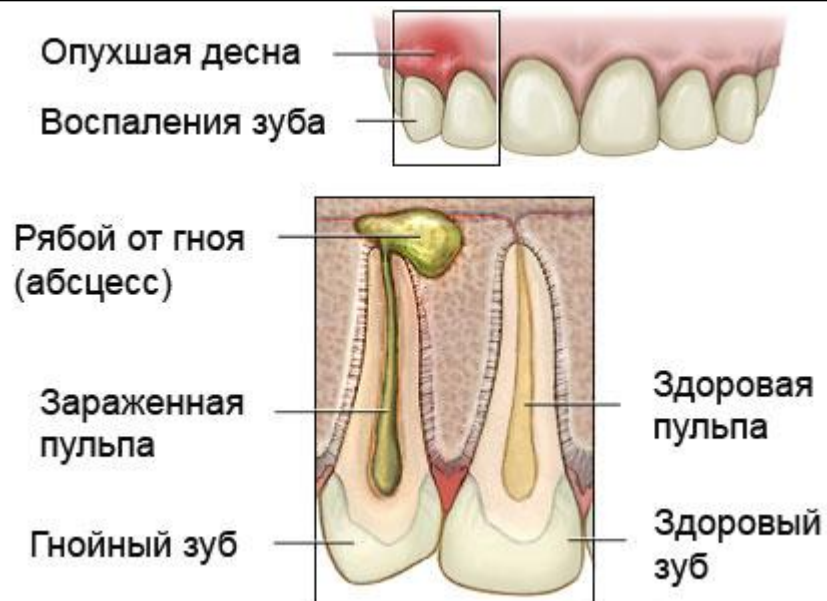
Ауыз қуысындағы өзгерістер

Ауыз қуысының өздігінен тазалануы бұзылуының себебінен ауыз қуысының шырышты қабаты қақпен—жабылған. Шырышты—қабатта—тіс сауытының сыртқы беткей ізі қалады.

Өтпелі қатпар бастапқы сатысында тегістеледі. Процесс іріңді периоститке айналғанда өтпелі қатпарда-валиктәрізді шығу пайда болады—сүйекқабыастылық абсцесс. Кейде флюктуация байқалады. Бірте-бірте ірің сүйекқабын ерітіп, шырышты қабатқа еніп, қызыл иек астылық абсцесс құрайды.

Себепші тісті зерттегенде:

- Қуыс пен түбір каналы іріңге толы
- Пломба қойылған;
- Патологиялық, терең, тіс қызыл иек аралық қалта анықталады.
- Перкуссия кезіндегі ауру сезімі тез білінбейді, кейде ауру сезімі болмайды, көрші тістерде перкуссия ауру сезімсіз.



Диагностика

Диагностика клиникалық көрінісіне және лабораториялық зерттеулерге негізделеді. ~~Аурудың даму кезіндегі~~

қанды зерттеу:

лейкоцит санының көбеюі (до $10-12 \cdot 10^9/\text{л}$, одан көп.),

Лимфоцит пен эозинофилдердің проценттік ара-қатынасы азаяды.

СОЭ 15-20 мм/ч дейін артады.;

- Қан сарысуында С-реактивті белок пайда болады.

Дифференциальды диагностика

- Жедел және асқынған іріңді периодонтиттен;
- Жедел остеомиелиттен;
- Одонтогенді абсцестен;
- Жедел лимфадениттен;
- Іріңдеген кистадан ;
- Жоғарғы жақ қойнауының іріңді қабынуы (при локализации периостита на верхней челюсти).

ДИФФЕРЕНЦИАЛДЫ ДИАГНОЗ

Жедел одонтогенді іріңді периоститті ажырату керек:

- Жедел периодонтиттен
- Абсцес
- Флегмона
- Лимфаденит
- Жедел синадентит
- Жедел остеомиелит

Жедел ірінді периоститтің емі

- Консервативті (медикаментозды).
- Хирургиялық

Емі



Жедел іріңді периостит емдеу кезінде кешенді терапия жақсы нәтиже береді, егер өз уақытындағы хирургиялық араласу дәрілік және физикалық терапиямен сәйкестелсе. Тек аурудың бастапқы кезеңінде, альвеолярлық өсіндінің сүйекқабының аздаған инфильтрациясы болған кезде, консервативті ем қолдануға болады. Емнің негізгісі қабынған ошақты оперативті ошақты ашып, экссудатты шығару.

Периостит кезінде тілік ұзындығы-1,5-2,5 см, шырышты қабат пен сүйекқабын өтпелі қатпар бойымен кесіп өтеді, бүкіл инфильтрат деңгейінде. Іріңді экссудат еркін шығу үшін 1-2күн ленталық дренаж енгізеді.

Сүйекқабыастылық іріңдікті ашумен қатар инфекция көзі болған тістің жұлуы қатар орындалады, егер оны ары қарай сақсақтау мүмкін болмаса (сауыты қатты бұзылған, түбір каналына өте алмаса).



Қалған кезде тіс сақталад.Қабыну процесі тоқтаған соң тіске эндодонтиялық ем мен пломба қойылады.Тісті жұлу науқас жағдайына байланысты.Қабыну процесі азайған соң бірнеше күннен соң орындауға болады.

Хирургиялық араласудан соң 4-6 рет ауыз қуысын жылы тұзды ерітіндімен шаю тағайындалады.

Қабыну инфильтратының сорылу үшін Димексидпен компресс қойылады

Периоститтің бастапқы кезінде және
хирургиялық араласудан соң науқасқа
пиразолон туындыларын (анальгин,
амидопирин), антигистаминді препараттар (
димердрол, супрастин), кальций
препараттарын, витамин (әсіресе С)
тағайындайды

Мимикалық бұлшықеттердің функциясын қалпына келтіру үшін емдік физкультура қолданылады.



БОЛЖАМ

1. Жазылу

- **Екіншілік кортикальдi остеомиелит**
- **Жедел остеомиелит**
- **Абсцесс, флегмона.**



Периостит асқынуы

1. Қабынудың көрші тіндерге таралуы
2. Жақ остеомиелиті.

Пайдаланылған әдебиеттер:

- <https://www.32top.ru/stat/1136/>
2. <https://helpiks.org/3-1964.html>
3. Хирургическая стоматология В.В.Афанасьев
4. Хирургиялық стоматология Оразалин Ж.Б. Төлеуов Қ.Т.