

Одонтогенный, гематогенный и
специфические остеомиелиты
костей лицевого скелета у
детей. Классификация,
клиническое течение,
диагностика и лечение

Рысбаева Ж.И.

* В зависимости от пути проникновения инфекции в кость и механизма развития процесса различают три формы остеомиелита челюстных костей: одонтогенный, гематогенный и травматический. По статистическим данным, при поражении челюстей в любом возрасте преобладает одонтогенный путь проникновения инфекции.



B



6

Одонтогенный остеомиелит у детей встречается в 80 % случаев от общего числа остеомиелитов челюстей, гематогенный в 9%, травматический – 11 %.

В отдельную группу принято выделять остеомиелиты, обусловленные специфической инфекцией: туберкулезной, сифилитической и актиномикотической. В настоящее время практически не встречаются туберкулезные и сифилитические остеомиелиты.

Актиномикотический остеомиелит у детей является разновидностью одонтогенного процесса, так как внедрение специфической инфекции в кость происходит через ткани разрушенного кариесом зуба или через патологические десневые карманы.

Одонтогенный остеомиелит –
инфекционное – аллергическое
воспалительное заболевание,
развившееся в челюстных костях, при
котором источником инфекции
являются пораженные кариесом и
инфицированные зубы.



У детей источником инфекции в 80 – 87 % случаев являются молочные моляры и первый постоянный моляр на верхней и нижней челюсти.

Одонтогенный остеомиелит вызывается смешанной бактериальной флорой, присутствующей в очаге.

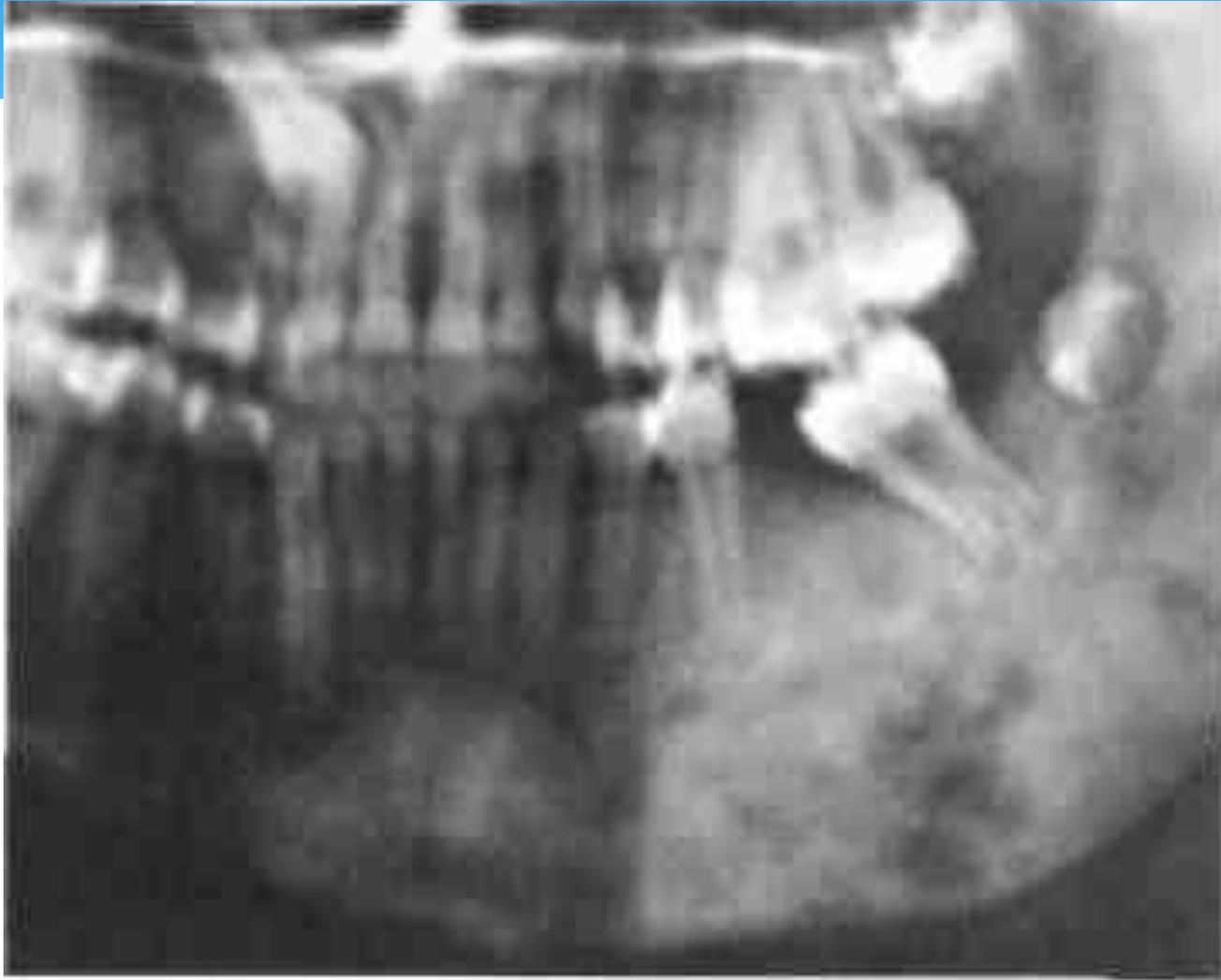
Обнаруживаются стрептококки, белый и золотистый стафилококк, ассоциации палочковидных бактерий; нередко в сочетании с другими гноеродными микроорганизмами.

Способствовать развитию острого гнойного воспаления в кости у детей могут физическое переутомление, охлаждение организма и ослабление его после перенесенных инфекционных заболеваний (корь, скарлатина, дизентерия и др.)

Возрастные особенности анатомии зубов, крово – и лимфообращения, строения и функции растущих челюстных костей predispose к быстрому распространению острого воспаления из пульпы или периодонта в кость.

Острый одонтогенный остеомиелит. Клиника

Заболевание начинается остро с подъема температуры тела до 38–39°C. Повышение температуры сопровождается ознобом, общей слабостью и недомоганием. У таких детей следует опасаться развития острого одонтогенного сепсиса..



При бурно развивающемся острым
остеомиелите от момента появления
первых признаков острого пульпита
до развития остеомиелита проходит 1
– 2 дня, за которые не удастся
клинически установить переходные
формы воспаления.

Местно заболевание проявляется разлитым воспалением вокруг инфицированного зуба. «Причинный» и соседние с ним интактные зубы имеют патологическую подвижность вследствие расплавления кости гнойным экссудатом и потери ими опорной функции

Слизистая оболочка десневого края, альвеолярного отростка и переходной складки воспалена, что выражается гиперемией, синюшностью, отеком слизистой оболочки при остеомиелите распространяются за пределы пораженного участка челюсти.

Формируются субпериостальные абсцессы, которые после разрушения надкостницы располагаются под слизистой оболочкой. У детей при остеомиелите гнойный периостит, как правило, развивается с обеих сторон альвеолярного отростка.

При заболевании верхней челюсти отек локализуется в подглазничной области, закрывая глазную щель, распространяется по носогубной борозде и тканям верхней губы. При поражении нижней челюсти наиболее отек выражен в поднижнечелюстной области.

В мягких тканях лица, прилегающих к костному патологическому очагу, развивается воспалительная инфильтрация с гиперемией и отеком кожи. Наблюдается развитие лимфаденитов и периаденитов регионарных лимфатических узлов.

Рентгенологическое исследование:

В первые дни заболевания не выявляется ярких признаков изменения челюстных костей. К концу 1–й недели появляется разлитое разрежение кости, свидетельствующее о расплавлении кости гнойным экссудатом, кость становится более прозрачной, исчезает трабекулярный рисунок, истончается и местами прерывается корковый слой.

Диагностика.

Острого одонтогенного остеомиелита у детей основывается на сопоставлении общих, местных симптомов и данных лабораторных исследований.

Окончательный диагноз одонтогенного остеомиелита челюстных костей ставится врачом на основании результатов осмотра ребенка.

К местным симптомам, патогномоничным для заболевания, относятся :

1. Наличие «причинного» зуба как источника инфицирования кости;
2. Патологическая подвижность нескольких рядом стоящих зубов;
3. Разлитой острый гнойный периостит с локализацией поднадкостничных гнойников с обеих сторон альвеолярного отростка (оральной и вестибулярной).

Лечение: Комплексное,
направленное на устранение
источника инфекции и основных
симптомов заболевания.

Противовоспалительная терапия.

Проводится в форме неотложной хирургической помощи в полном объеме и медикаментозной терапии.

Вмешательство хирурга обеспечивает широкий свободный отток экссудату в результате вскрытия поднадкостничных гнойных очагов и, по показаниям, очагов окружающих челюсть мягких тканях. После рассечения тканей рана должна быть дренирована до полного прекращения гнойных выделений. Инфицированные кариозные зубы в очаге воспаления подлежат удалению.

1. Антибактериальная терапия

2.

Дезинтоксикационная терапия

3. Десенсибилизирующая терапия

4.

Общеукрепляющее терапия

5.

Иммунотерапия

Хронический одонтогенный остеомиелит. Клиника и лечение.

В зависимости от преобладания процессов гибели костного вещества или процессов его построения выделены три клинико – рентгенологические формы хронического остеомиелита: деструктивная, деструктивно–продуктивная, продуктивная.

На слизистой оболочке альвеолярного отростка появляются свищи с гнойным отделяемым и выбухающими грануляциями. Зондированием через свищи можно определить шероховатую оголенную кость, при наличии секвестров – подвижный участок кости. Свищи могут располагаться с обеих сторон альвеолярного отростка, а при поражении верхней челюсти локализуются на небе. Нередко наблюдаются свищи на коже.

Рентгенограмма костей лица

Окончательные границы поражения устанавливаются в поздние сроки: к концу 2–го началу 3–го месяца от начала заболевания. Деструктивная форма остеомиелита сопровождается формированием секвестров крупных размеров.



Деструктивно–продуктивная
форма является наиболее
частым исходом острого
одонтогенного остеомиелита.

На рентгенограммах хорошо видны процессы эндооссальной перестройки кости, при которой очаги разрежения чередуются с участками остеосклероза и кость приобретает пестрый, грубопятнистый рисунок.



Продуктивные (гиперпластическая) форма. Развивается только в детском и молодом возрасте, в период интенсивного роста лицевого скелета. Чаще встречается у детей 12 – 15 лет.

В развитии заболевания наблюдается цикличность, что выражается увеличением и уменьшением припухлости. Объем кости постепенно увеличивается, кожные покровы над пораженным участком не изменены, свищи отсутствуют. Пальпируется плотное округлое выбухание без четких границ, слегка болезненное.

Рентгенологическая картина первично–хронического одонтогенного остеомиелита челюсти характеризуется увеличением объема кости за счет выраженных процессов эндооссального и периостального построение костной ткани. Секвестров при данной форме не бывает. В пораженном участке отмечают чередование очагов разрежения со смазанными нечеткими границами и зон остеосклероза.

Диагностика.

Проводится на основании сопоставления данных анамнеза, клинической картины и рентгенологического исследования и обычно не представляет трудностей. Хронически остеомиелит у детей следует в первую очередь дифференцировать от ретикулярной саркомы и саркомы Юинга



Окончательная диагностика
заболевания при подозрении на
опухоль должна основываться на
данных открытой инцизионной
биопсии.

Лечение

1. Хирургические

2. Противовоспалительная терапия.

3. Антибактериальная терапия.

4. общеукрепляющая терапия.

5. Витаминотерапия.

6. Физиолечение.

7. Дезинтоксикационные терапия.



*Спасибо за внимание!