

Лекция №3

3 курс, 6 семестр

Тема лекции: Лечение острой стадии остеомиелита челюстей.

Цель лекции:

Ознакомить студентов с общими принципами лечения больных с острой стадией одонтогенного остеомиелита челюстей.

План лекции:

- Определение объема оперативного вмешательства
- Комплексная терапия острой стадии одонтогенного остеомиелита
- Хирургические методы лечения острой стадии одонтогенного остеомиелита
- Показания к удалению зуба, явившегося источником инфекции
- Патогенетическая терапия острой стадии остеомиелита (антибактериальная, дезинтоксикационная, гипосенсибилизирующая, физиотерапия, общеукрепляющая терапия)
- Прогноз заболевания
- Профилактика остеомиелита челюстей

В основе лечения больных одонтогенным остеомиелитом в острой стадии по существу лежат следующие принципы:

1. Непосредственное воздействие на возбудителя заболевания;
2. Повышение резистентности организма к инфекционному началу;
3. Лечение местного очага.

Лечение одонтогенного остеомиелита челюстей в острой стадии должно быть направлено на ликвидацию гнойно – воспалительного очага в кости и окружающих мягких тканях, проведение мероприятий по борьбе с инфекцией и устранение нарушенных функций организма, вызванных заболеванием.

Снижение вирулентности инфекционного начала достигается активным хирургическим вмешательством с целью дренирования инфекционного очага и включает удаление зуба, явившегося источником инфекции, рассечение мягких тканей при околочелюстных абсцессах и флегмонах.

При удалении зуба создаются условия для оттока гноя. Чем раньше удален зуб, тем быстрее стихают воспалительные явления, меньше опасность распространения процесса. Подвижные зубы укрепляют металлической шиной, каппой, брекетной системой. Удаление зуба следует сочетать с одновременным вскрытием гнойных очагов в кости, под надкостницей и в мягких тканях.

Хирургическое вмешательство

Разрезы в преддверии рта целесообразно сочетать с перфорацией кости для создания лучшего оттока гноя и улучшения микроциркуляции. Оперативное вскрытие околочелюстных гнойных очагов внутриротовыми или внеротовыми разрезами проводят под общим или местным потенцированным обезболиванием с блокадами растворами анестетиков в изотоническом растворе натрия хлорида (1,8 – 3,6 мл на 30 – 50 мл) с антибиотиком линкомицином. Последние повторяют через день, на курс лечения 3 – 6, иногда и более блокад.

Большое значение необходимо придавать уходу за гнойными ранами с использованием орошения, инстилляций, промывания, местного диализа (применяют различные антисептические растворы, нитрофурановые, антибактериальные и иммунные препараты).

Общее лечение

Зависит от воспалительной реакции и протяженности поражения кости, а также от развития осложнений.

Нормергический тип воспалительной реакции

При лечении острого остеомиелита проводят противовоспалительную (антибиотики, сульфаниламиды, нитрофураны, препараты метронидазола), десенсибилизирующую, общеукрепляющую, стимулирующую и симптоматическую терапию. Лекарственные вещества вводят внутримышечно и внутривенно. Активная иммунотерапия, антигенные стимуляторы эффективны в общем комплексе терапии.

Гиперергический тип воспалительной реакции

При этом течении острого остеомиелита, сопровождающегося значительным некрозом кости, а также развитием осложнений, необходима интенсивная терапия. Следует учитывать фазу воспалительного процесса – реактивную, токсическую, терминальную. В соответствии с этим проводят предоперационную подготовку, оперативное вмешательство, послеоперационную интенсивную терапию с коррекцией метаболических процессов, гемодинамики в сочетании с внутриартериальным введением антибиотиков, гемосорбцией, плазмаферезом, лимфосорбцией, подключением донорской селезенки.

Гипергический тип воспалительной реакции

При этом течении острого остеомиелита комплексная терапия должна начинаться с проведения общеукрепляющих и стимулирующих мероприятий. Антибиотики назначают только с учетом чувствительности к ним выделенной микрофлоры. Применяют специфическую активную иммунотерапию и антигенные стимуляторы.

Лечение диффузных форм

Лечение осуществляют путем индивидуального планирования комплекса противовоспалительной, десенсибилизирующей, общеукрепляющей терапии.

Антибиотикотерапию целесообразно сочетать с применением анаболических гормонов. Некоторым больным старческого возраста показаны кортикостероиды.

Антибактериальная терапия

Антибиотики назначают с учетом чувствительности к ним микробов, в достаточных терапевтических дозах (этиотропная терапия). Необходимо учитывать особенности распределения препаратов в органах и тканях (эффект наполнения), а также совместимость между собой антибиотиков и других лекарственных средств. При антибиотикотерапии следует помнить о развитии осложнений – аллергических, токсических реакций, дисбактериоза.

Антибиотики широкого спектра действия, обладающие тропизмом в костной ткани

Наиболее эффективны тетраамицин, линкомицин, морфоциклин, клиндомицин, фузидин натрия и другие антибактериальные препараты.

Антибиотики резерва:

Цефалоспорины, ристомицин, фосфомицин, цефуроксим и другие.

Полусинтетические пенициллины:

Ампициллин, карбенициллин, ампиокс, оксациллин, гентамицин.

Антибиотики группы макролидов:

Роамицин, клацид, рулид.

Цефалоспорины 3 поколения:

Цефтриаксон, цефодизим (моделид).

Антибиотики вводят внутримышечно, внутривенно, а в отдельных – наиболее тяжелых случаях течения – внутриартериально, эндолимфально. После получения данных идентификации возбудителей антибиотикотерапию изменяют с учетом их чувствительности к антибактериальным препаратам (этиотропная терапия). При тяжелом течении проводят замену антибиотиков и вид их введения. При этом учитывают совместимость препаратов между собой и отдают предпочтение тем, которые суммарно усиливают антибактериальный эффект.

Комплексное лечение включает:

1. Сульфаниламидные препараты – стрептоцид, норсульфазол, сульфадимезин, этазол по 1 г 4 – 6 раз в сутки и сульфапиридазин, ортосульфин, сульфадиметоксин по 1 г 2 раза в сутки;
2. Ферменты – лизоцим, трипсин, химопсин в виде внутримышечных инъекций.
3. Нитрофураны – фуразолидол, фурадонин.

Противогрибковые препараты

Для профилактики дисбактериоза,
особенно при применении антибиотиков
широкого спектра действия назначают
противогрибковые препараты
(леворин, нистатин)

Дезинтоксикационная терапия

При интенсивной терапии для коррекции гемодинамики целесообразно применение гемодеза, реополиглюкина, раствора Рингера – Локка и др., а для стабилизации гемокоагуляции 1 – 4 –е сутки лечения – инъекций гепарина. При диффузных поражениях кости применяют методы экстракорпоральной детоксикации – гемосорбцию, лимфосорбцию, плазмаферез.

Гипосенсибилизирующая терапия

Антигистаминные препараты – димедрол, супрастин, диазолин, дипразин, тавегил, фенкарол, перитол по 0,025 – 0,03 г 2 – 3 раза в день, а также препараты кальция, оказывающие десенсибилизирующее влияние на организм и уменьшающие проницаемость сосудов. Вместе с десенсибилизирующими средствами вводят 5% и 40% растворы глюкозы, 10% раствор кальция хлорида внутривенно, иногда в составе капельных вливаний.

Стимуляция защитных сил организма

1. Витамины – группы С и В
2. Антигенные стимуляторы – метилурацил, милайф, пентоксил, натрия оротат, продигиозан
3. Адаптогены – дибазол, женьшень, лимонник китайский и др.
4. Аутогемотерапия, переливание плазмы, эритроцитной массы, заменителей крови.

Коррекция функций систем организма

1. Коррекция нарушений белкового обмена
2. Коррекция нарушений водно – солевого обмена
3. Коррекция нарушений сердечной деятельности.

Физиолечение

Проводят на 3 – 4-й или 4 – 6-й день.

УФО в аритмической дозе по 7 – 10 мин при выходной мощности 5 – 20 Вт, УФО очага поражения начинают с 4 – 6 биодоз ежедневно, повышая дозу до 10 – 12. Хороший эффект дает электрофорез антибиотиков. Физические методы целесообразно сочетать с ГБО при давлении в 2 ата, времени насыщения 45 мин, с периодами компрессии и декомпрессии по 10 мин, всего 5 – 10 сеансов.

Показано воздействие полей УВЧ, СВЧ и инфракрасного лазера.

Прогноз

При своевременном и правильном лечении острого остеомиелита челюсти преимущественно благоприятный.

Возможные осложнения:

септический шок, острая дыхательная недостаточность, флебиты вен лица, абсцессы мозга, медиастенит и сепсис.

При острой и подострой стадии остеомиелита челюсти больные нетрудоспособны и после выписки из стационара их наблюдают в кабинетах реабилитации до полного выздоровления. Для секвестрэктомии их чаще всего повторно госпитализируют.

Больные с диффузным остеомиелитом челюсти с длительно текущими гнездными, гиперпластическими поражениями кости должны находиться под диспансерным наблюдением. Нередко эти поражения являются причиной перевода больного на инвалидность.

Профилактика

Заключается в своевременном и правильном лечении патологических одонтогенных очагов, общем оздоровлении организма, особенно у больных с нарушением иммунитета, иммунодефицитными заболеваниями и состояниями.