

Тема: Подострая и
хроническая стадии
одонтогенного
остеомиелита.

Цель: Ознакомить студента с клиникой, диагностикой, диф. диагностикой подострой и хронической стадии остеомиелита челюстей. Изучить методы лечения, предупреждения обострения, оказания неотложной помощи больным в подострой и хронической стадии одонтогенного остеомиелита.

План:

1. Клиника, диагностика подострой и хронической стадии одонтогенного остеомиелита.
2. Дифференциальная диагностика хронической стадии одонтогенного остеомиелита.
3. Осложнения при хронической стадии одонтогенного остеомиелита.
4. Лечение хронического одонтогенного остеомиелита.
5. Показания к секвестрэктомии.

Острый период одонтогенного остеомиелита

Длится обычно от 10 – 12 дней до 2 недель, при диффузном до 3 недель, переходя далее в подострую стадию.

Подострая стадия остеомиелита

При ограниченном процессе общее состояние больного полностью нормализуется; при диффузном – улучшается (восстанавливаются сон, функция кишечника, появляется аппетит). Снижается температура тела и уменьшаются ее колебания в течение суток. Утренняя температура у больных, как правило, лишь немного выше 37°C. У некоторых больных температура тела становится нормальной, иногда бывает субфебрильной в вечернее время.

После вскрытия поднадкостничных очагов, околочелюстных абсцессов и флегмон в тканях постепенно уменьшаются воспалительные изменения. На месте вскрытия гнойных очагов в ранах образуются грануляции по краям, в центре их формируется свищевой ход или несколько ходов. Отделяемого становится меньше, исчезает гнилостный запах, экссудат становится густым. Регионарные лимфатические узлы становятся плотными, более подвижными, уменьшается их болезненность.



Открывание рта свободное и ограничено
только при локализации
остеомиелитических очагов в области
угла и ветви нижней челюсти, бугра
верхней челюсти.

В полости рта слизистая оболочка, покрывающая альвеолярный отросток, нижний свод преддверия рта, цианотична, отечна. На месте вскрытия поднадкостничных гнойников имеются свищевые ходы со скудным гнойным отделяемым. Из лунки зуба выбухают грануляции. Отмечается подвижность зубов в области пораженной кости, стоящие по периферии зубы становятся менее подвижными.

Нормализуются показатели красной крови, значительно уменьшается содержание лейкоцитов, в том числе нейтрофилов, СОЭ. У больных с диффузными формами остеомиелита челюсти число лейкоцитов может снижаться лишь до $12 - 15 \cdot 10^9/\text{л}$, сохраняется сдвиг лейкоцитарной формулы влево, СОЭ увеличена. Моча умеренно изменена (белок, лейкоциты).

При вялом течении остеомиелита челюсти, особенно у ослабленных больных, лиц пожилого возраста, старческого возраста, снижаются показатели гемоглобина и эритроцитов, сохраняется низкое содержание лейкоцитов, СОЭ в пределах нормы или снижена, остаются изменения в моче.

При рентгенографии пораженных участков кости видны патологические изменения костной ткани – участки резорбции кости, не имеющие четких границ.

Хроническая стадия остеомиелита челюсти

Обычно на 3 – 4 – 5-й неделе, наблюдается переход остеомиелита в хроническую стадию, которая может быть самой длительной.

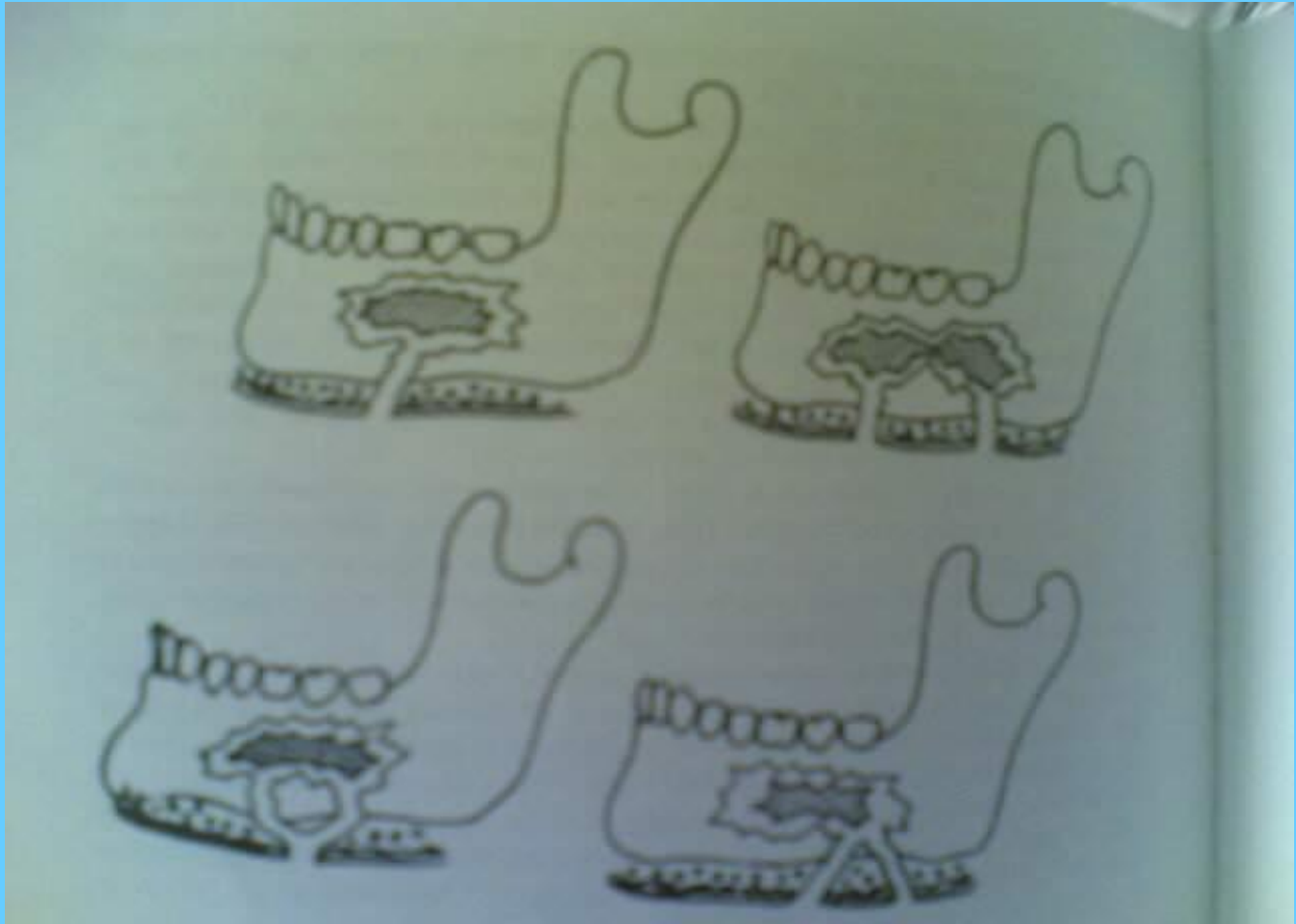
Общее состояние больного с хронической стадией остеомиелита челюстей улучшается и не внушает серьезных опасений. Температура тела чаще снижается до нормы, а у некоторых больных в течение длительного времени периодически повышается до 37,3 – 37,5°C. При исследовании больных хроническим остеомиелитом челюстей определяется изменение конфигурации лица в результате инфильтрации окружающих челюсть мягких тканей и периостального утолщения кости. Кожа над утолщенной костью несколько истончена и натянута. Поражение ветви нижней челюсти обусловлено значительным уплотнением жевательной мышцы на стороне поражения и утолщением кости.

В хронической стадии остеомиелита происходит дальнейшее заживление операционных ран. На месте их остаются свищевые ходы, идущие до кости, из которых выделялся гной, выбухают пышные кровоточащие грануляции. Ряд свищей рубцуется и втягивается внутрь.

Лимфатические узлы уменьшаются, становятся плотными, менее болезненными при пальпации. При поражении угла и ветви нижней челюсти открывание рта ограничено.



Обнаруживается определенная зависимость характера возникающей секвестрации от локализации входных ворот инфекции. При поражении передней группы зубов и премоляров секвестрация ограничивается альвеолярным отростком или средним отделом тела челюсти. Если источником инфекции служат моляры, наряду с поражением альвеолярного отростка и тела челюсти в воспалительный процесс вовлекаются угол и ветвь нижней челюсти.



В полости рта слизистая оболочка, покрывающая альвеолярный отросток и тело челюсти, рыхлая, гиперемизированная или синюшного цвета. Из свищевых ходов гнойное отделяемое, определяется подвижность зубов в зоне поражения кости. В хронической стадии часто наблюдается обострение процесса.

В последние десятилетия значительно увеличилось число атипичных форм хронического остеомиелита челюсти, когда в патологическом процессе резорбтивные и продуктивные реакции преобладают над некротическими.

При хроническом одонтогенном остеомиелите возможны следующие клинические варианты: деструктивный (секвестрирующий), деструктивно – продуктивный (рерафицирующий) и продуктивный (гиперостозный или гиперпластический). Преимущественно наблюдается поражение нижней челюсти, ее тела, угла и ветви.

Диагностика

Рентгенологическая картина хронического остеомиелита разнообразна. На рентгенограмме при секвестрирующем варианте видны один или несколько очагов резорбции кости, чаще неправильной формы, в центре которых – тени секвестров, чаще небольших. Между отдельными участками некротизированной кости располагаются зоны неомертвевшей ткани.



На рентгенограмме наряду с отделением секвестров видно новообразование костной ткани, из – за чего изменяются контуры челюсти – утолщается и становится неровным ее край.

На рентгенограмме при перафицирующей или гнездной форме определяются очаги деструкции кости в области тела и ветви нижней челюсти, внутри которых расположено множество мелких секвестров.



При хроническом гиперпластическом остеомиелите нижней челюсти на рентгенограмме выраженность продуктивных изменений характеризуется эндо – и периостальной перестройкой костной ткани. Отмечаются нечеткость губчатого строения, склероз кости и незначительные очаги разряжения костной ткани.



Дифференциальная диагностика от:

1. Актиномикоза
2. Туберкулеза
3. Сифилиса
4. Опухолей и опухолеподобных состояний
 - 4.1. Фиброзной дисплазии
 - 4.2. Саркомы

Для специфических поражений кости не
характерно:

Острое начало и выраженная
интоксикация.

Помогают в диагностике нахождение и
выделение путем посева
специфических возбудителей, а также
специфические кожные реакции – при
туберкулезе, актиномикозе,
серодиагностика – при сифилисе.

При диагностики опухолей костной ткани
обязательным методом диагностики
является цитологическое и
патоморфологическое исследование.

Лечение

В подострой стадии остеомиелита челюсти лечение зависит от достигнутого эффекта предыдущей терапии. В зависимости от этого проводят иммуномодулирующую, общеукрепляющую терапию, физиотерапевтические процедуры. В этой стадии обязательно назначение ЛФК.

Лечение хронического остеомиелита

Удаляют зуб, если по каким – либо причинам он не был ранее удален. При задержке оттока гнойного отделяемого рекомендуется расширение ран, свищей или первичная хирургическая обработка поднадкостничных, околочелюстных гнойных очагов, а также активное их лечение (дренирование, промывание, орошение, местный диализ, наложение повязок). Исследуют жизнеспособность пульпы зубов, расположенных в очаге воспаления, по показаниям трепанируют и проводят их лечение. Подвижные зубы шинируют.

Оперативное лечение – удаление секвестрировавшегося участка кости (секвестрэктомия). При образовании секвестров альвеолярного отростка верхней и нижней челюсти секвестрэктомию проводят со стороны полости рта. Секвестрэктомию в области тела и ветви нижней челюсти осуществляют внеротовым путем.

Методика операции секвестрэктомии

Под местным или общим обезболиванием рассекают и отслаивают мягкие ткани. Кость трепанируют в пределах секвестральной полости. Крупные секвестры извлекают пинцетом, мелкие секвестры и грануляции удаляют кюретажной ложкой.

Выскабливают свищевые ходы. При длительно протекающих процессах свищи иссекают. Костную полость заполняют биоматериалом: гидроксилapatитом, гидроксиаполлом, деминерализованной костью, морфогенетическим протеином, стимуляторами роста кости, в том числе плазмой крови, обогащенной тромбоцитами со смесью искусственной кости. Рану зашивают послойно и дренируют.

Ведение послеоперационного периода

Назначают анальгетики, десенсибилизирующие препараты, средства, стимулирующие костеобразование и кальцификацию, и при определенных клинических, микробиологических и иммунологических показателях – антибактериальные и сульфаниламидные препараты.

Прогноз

При своевременном и правильном лечении остеомиелита челюсти прогноз преимущественно благоприятный. Больные диффузным остеомиелитом челюсти с длительно текущими гнездными, гиперпластическими поражениями кости должны находиться на диспансерном наблюдении.

Профилактика

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