

АО Медицинский Университет Астана  
Кафедра

# ПРЕЗЕНТАЦИЯ

На тему: Современные методы  
лечения одонтогенных периоститов »

Выполнили: Смагулова М .  
Абдрахманова А  
Группа: 506 стом  
Проверил Сугурбаев А А

- **Актуальность темы**

- Одонтогенные периоститы челюстей представляет актуальную проблему в стоматологии и челюстно-лицевой хирургии. В последние годы как в поликлинических стоматологических учреждениях, так и в челюстно-лицевых стационарах отмечено увеличение больных с данной патологией до 40 %  
Возросла тяжесть острого гнойного одонтогенного периостита челюстей. Последний нередко приводит к возникновению воспалительных осложнений, таких, как абсцессы и флегмоны лица и шеи, одонтогенные остеомиелиты, одонтогенные верхнечелюстные синуситы, медиастениты, сепсис и др.

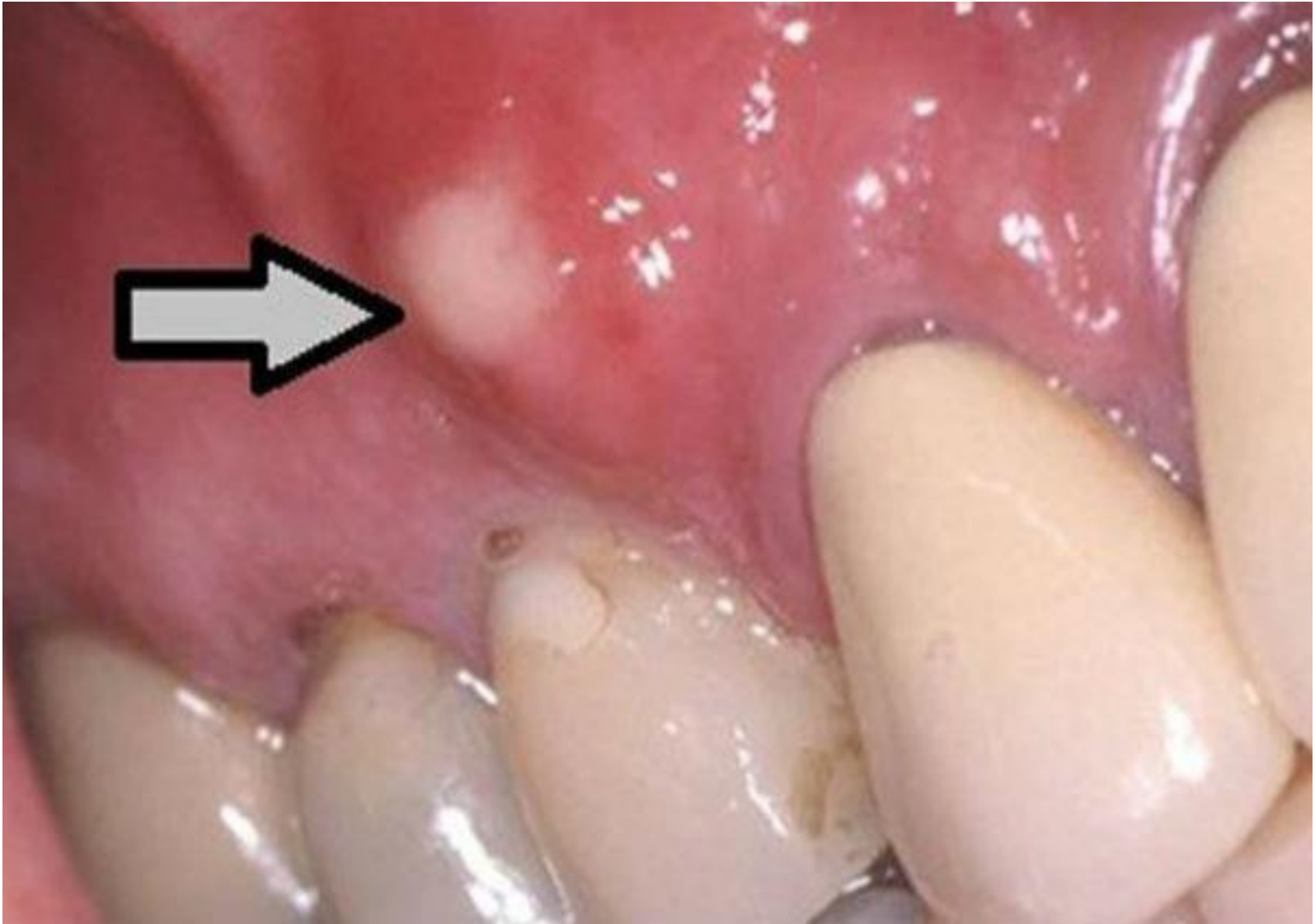
- **Цель и задачи исследования**
- Цель исследования – на основании клинико-лабораторных и функциональных методов исследования предложить рациональный комплекс лечения острого гнойного одонтогенного периостита челюстей с использованием салфеток «Колетекс-М».
- Задачи исследования:
  - 1. Изучить при острых гнойных одонтогенных периоститах челюстей микробный пейзаж, цитологическую картину раны после вскрытия поднадкостничного абсцесса, а также состояние местного иммунитета, регионарную гемодинамику мягких тканей лица.
  - 2. Исследовать особенности клинико-лабораторных и функциональных показателей в динамике у пациентов с данной патологией при традиционных методиках лечения.
  - 3. Предложить рациональный комплекс лечения поднадкостничных одонтогенных абсцессов с применением салфеток «Колетекс-М».
  - 4. Дать оценку эффективности применения салфеток «Колетекс-М» по данным микробиологических, цитологических исследований, а также местного иммунитета и регионарной гемодинамики.
  - 5. Сравнить полученные показатели при традиционном и рекомендуемом комплексном лечении согласно клинико-лабораторных и функциональных методов исследования.



- При острых гнойных одонтогенных периоститах челюстей верифицируются как аэробные, так и неспорообразующие анаэробные микроорганизмы, а их концентрация превышает «критический уровень». Отмечается местный гуморальный дисбаланс и регионарные гемодинамические нарушения.
- 2. Применение салфеток «Колетекс-М» в комплексном лечении одонтогенных субпериостальных абсцессов челюстей способствует оптимизации процесса заживления раны, уменьшает интенсивность высеваемости аэробной и анаэробной микрофлоры. Происходит восстановление местного иммунитета и регионарного кровотока.
- 3. Положительные тенденции, наблюдаемые при использовании салфеток «Колетекс-М», приводят к активизации репаративных процессов, в ране выявляются клетки регенераторного и фагоцитарного типа, сокращаются сроки временной нетрудоспособности.

- **Научная новизна работы** заключается в том, что впервые изучены особенности клинического течения острого гнойного одонтогенного периостита челюстей с использованием современных перевязочных материалов – салфеток «Колетекс-М». По данным клинических и дополнительных методов исследований отмечена положительная динамика послеоперационного течения гнойной раны. Обсемененность гнойной раны уменьшалась, концентрация микроорганизмов становилась ниже их «критического уровня», в ране преобладали клетки регенераторного типа. Оптимизированы методы комплексного лечения острого гнойного одонтогенного периостита челюстей.

- **Особенности диагностики и клинического течения**
- Острый гнойный одонтогенный периостит челюсти — воспалительный процесс, который выражается в воспалении надкостницы без некроза костной ткани . Заболевание развивается преимущественно в молодом и среднем возрасте (16-45 лет) и встречается у 77,27 % пациентов в клинической практике . На поликлиническом приёме у хирургов-стоматологов данная патология встречается часто и составляет 14,69 % всех обращений. Острый гнойный одонтогенный периостит челюстей встречается в 30 % от всех форм одонтогенных заболеваний . В структуре амбулаторных оперативных вмешательств, по данным Каплан М.З. (2007), наибольший удельный вес (53,35 %) занимает периостит верхней и нижней челюсти. По данным Калашникова В.Н. (2008), удельный вес острого периостита челюстей составила 12,6 % в структуре обращаемости за хирургической стоматологической помощью. Данная нозология выявлена Абовян Р.А. (2008) у 1,9 % бойцов специального назначения, проходивших службу в «горячих точках».





- Большинство авторов указывают на следующие пути распространения одонтогенной инфекции: по протяжению (per continuitatem), по лимфатическим или венозным сосудам. При этом в костной ткани возникает воспалительно-дистрофический процесс, который характеризуется лизисом костной ткани, расширением остеонных и питательных каналов,, через которые под надкостницу распространяется гнойный экссудат .
- При длительно существующих периапикальных одонтогенных очагах происходит перманентное поступление продуктов распада микробных клеток и их токсинов в кровяное русло, формируется аллергическая настроенность организма. На этом фоне имеет существенное значение состояние общего и местного иммунитета. По мнению Шаргородского А.Г. (1985), антигены по венозным сосудам быстро достигают богато васкуляризированной надкостницы. Наличие густой сети сосудов надкостницы способствует скорому проникновению антигенов в сосудистое русло и их взаимодействию с циркулирующими антителами с образованием комплекса антиген-антитело. Данные комплексы осаждаются на эндотелии кровеносных сосудов и становятся мишенями для нейтрофильных лейкоцитов и макрофагов. При этом, выделяются активные лизосомальные вещества. В результате возникает феномен Артюса-Сахарова: повреждение эндотелия сосудов, внутрисосудистое свёртывание крови, нарушение микроциркуляции, некроз тканей и эскалация воспаленного процесса

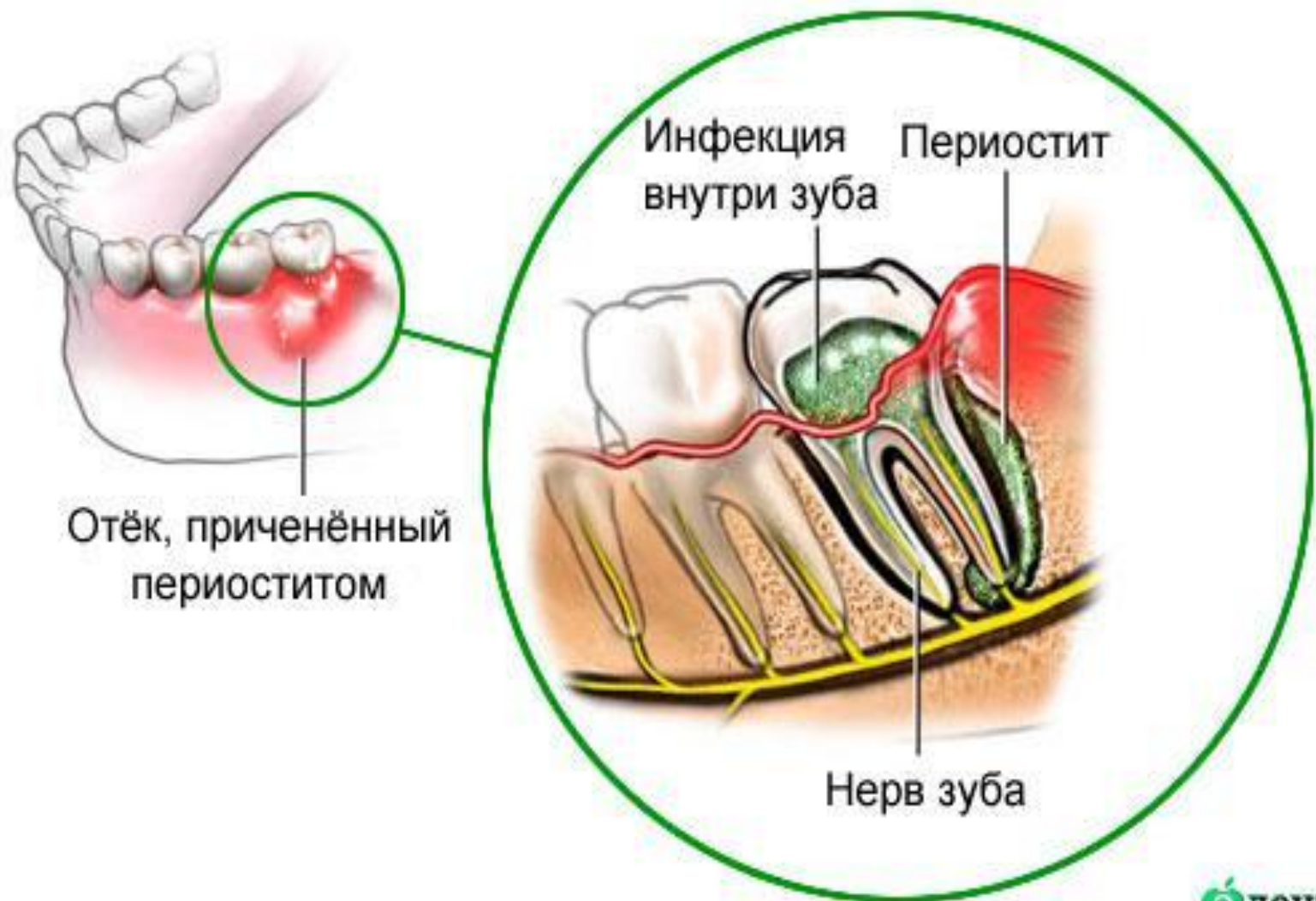
- Клиническая картина данного заболевания разнообразна и обусловлена различной реактивностью организма больных, особенностями анатомического строения челюстных костей, наличием или отсутствием общей соматической патологии, иммунным статусом организма больных, вирулентностью и патогенностью микрофлоры .
- Гнойный процесс при остром периостите челюстей может протекать по типу нормэргической воспалительной реакции и характеризоваться умеренными симптомами интоксикации. При этом исследование различных показателей неспецифических и специфических реакций отражает высокую степень их компенсации организмом. Вместе с тем, воспалительный процесс при данном заболевании может протекать по гипер- или гипоэргическому типу. Вялотекущие проявления периостита, недостаточное раскрытие и опорожнение гнойного очага под надкостницей ведут к развитию хронического воспалительного процесса





Место  
возникновения  
абсцесса





Отёк, приченённый  
периоститом

Инфекция  
внутри зуба

Периостит

Нерв зуба

- Выделяют общие и местные симптомы заболевания. К числу общих симптомов относят: вялость, разбитость, понижение аппетита, повышение температуры в пределах 37,1-37,5 К местным симптомам заболевания относят асимметрию лица за счёт отёка мягких тканей лица. Отёк мягких тканей чётко сопоставляется с наличием инфильтрата десны в области «причинного» зуба. При осмотре полости рта отмечается наличие «причинного» зуба. Перкуссия «причинного» зуба болезненная. Чаще всего с вестибулярной стороны альвеолярного отростка локализуется инфильтрат. Пальпация инфильтрата вызывает болезненность. Слизистая оболочка десны в проекции инфильтрата гиперемирована, отёчна, переходная складка сглажена, при пальпации может наблюдаться симптом флюктуации

- **Современные принципы лечения острого гнойного одонтогенного периостита челюстей**
- Терапия острого гнойного одонтогенного периостита челюстей должна быть комплексной, включающей в себя общее и местное лечение (с учётом патогенности выделенной микрофлоры, её чувствительности к антибактериальным препаратам, типу течения острого воспалительного процесса) ;
- Основным методом местного лечения - хирургический: вскрытие поднадкостничного абсцесса и его дренирование;. Если «причинный» зуб не представляет косметической и функциональной ценности и, не может быть восстановлен терапевтическими методами, то его удаляют. Хирургической операции отводится особая роль в комплексном лечении больных с гнойными заболеваниями, ибо никакая другая терапия не приведёт к успеху, если не будет своевременно вскрыт и дренирован очаг гнойного воспаления





- Для местного обезболивания рекомендуется применять следующие современные препараты «Ультракаин» 4 %-й раствор, «Ультракаин форте» 4 %-й раствор, «Септанест», «Альфакаин», «Бупивакаина гидрохлорид» 3 %-й раствор и др.; Применение современных местных анестетиков снижает риск, развития общих грозных осложнений; таких как анафилактический шок, острый инфаркт миокарда, гипертонический криз и др. Кроме того, амидные местные анестетики фармакологически сочетаются с противомикробными препаратами сульфаниламидного; ряда; которые широко используются для лечения острого периостита челюстей

- Рекомендуется производить разрез на всю, длину воспалительного инфильтрата. При локализации инфильтрата на нёбе обычно линейный разрез не даёт надёжного оттока гнойному экссудату, поэтому следует в центре инфильтрата иссечь треугольной формы лоскут, захватывающий слизистую с участком надкостницы, ввести дренаж из полоски стерильной перчаточной резины и пришить её к краю раны одним узловым кетгутовым швом ] .
- Одновременно с периостотомией при необходимости производят удаление «причинного» зуба по показаниям. Возможно его сохранение, если он представляет косметическую или функциональную ценность с хорошо проходимыми корневыми каналами, а также может служить опорой мостовидного протеза

- Лечение «причинного» зуба следует производить в сроки от 3 до 5 дней с момента операции при дренировании воспалительного очага [127, 176].
- Напольников Л.В. (2000, 2003) отмечает, что можно сохранять «причинные» зубы пациентов с периоститами челюстей в случае, если каналы не были облитерированы или запломбированы цементом. Швылёва О.С. (2008) у больных с острым одонтогенным периоститом челюстей производила рассечение слизистой оболочки и надкостницы до кости на всем протяжении инфильтрата. Использовался игольчатый электрод радиоволнового аппарата в режиме «разрез и коагуляция» при мощности 2-3 БД (45 - 60 Вт). Затем рану промывали эмульсией перфторана и дренировали узкой полоской из перчаточной резины. Введение резинового дренажа способствует свободному оттоку гнойного экссудата, препятствует слипанию краёв раны

- Для антисептической обработки гнойной раны и её дренирования рекомендуется использовать современные антибактериальные препараты: раствор мирамистина 0,01 %-й, хлоргексидина биглюконата 0,05 %-й, диоксидина Г %-й, раствор димексида, раствор димексида с оксациллином в 50г мл дистиллированной воды; раствор роккала; этония; 1 %-йг спиртовой раствор г хлорофиллипта

- По мнению Коломиец Л.И. (1983) активному очищению гнойной раны при остром одонтогенном периостите челюстей от/ микроорганизмов и детрита способствует следующая схема лечения: после периостотомии производится орошение субпериостального абсцесса 50 %-й раствором диметилсульфоксида (димексида) в сочетании с оксациллином; кроме того, на переходную складку в проекции субпериостального абсцесса накладывается аппликация; 40 %-го линимента диметилсульфоксида на 15 минут.
- Липатов К.В. и соавт. (1999) рекомендуют для лечения гнойной раны и её дренирования в первой фазе воспаления применять раствор йода в поливинилпирролидоне (повидон-йод, бетадин), а также мази на гидрофильной основе в стадии гранулирования раны. Не рекомендуется применение бетадина у лиц с повышенной чувствительностью к йодсодержащим препаратам.

- Майбородин И.В., Любарский М.С., Лойко Е.Рi (1998, 2000, 2002) рекомендуют сорбционную терапию при остром гнойном одонтогенном периостите челюстей с применением марлевого дренажа-тампона и с использованием углеродминерального сорбента группы «СУМС с адсорбированным метронидазолом». Эти же авторы также рекомендуют к практическому применению метод регионарной антибактериальной лимфотропной терапии острого гнойного одонтогенного периостита. При данной методике эндолимфатически вводится 30 %-й раствор линкомицина гидрохлорида из расчёта 0,3 г в сутки, с добавлением в качестве депонирующего вещества, 2 %-го раствора лидокаина гидрохлорида. По мнению Притыко А.Г. и соавт. (2005) для увеличения эффективности лечения гнойных ран в ЧЛО и полости рта в том числе при остром периостите челюстей, эффективно применение дренирующих сорбентов на основе природных и синтетических полимеров, органических и неорганических соединений, весьма отличающихся по своей структуре и свойствам -«Гелевин», «Лизосорб», «Сипралин», «Фармасорб» с применением акустического метода контроля за состоянием репарации тканей.

- По данным клинического исследования Шоминой С.А. и соавт. (2005) доказана эффективность, промывания гнойной раны при одонтогенном периостите челюстей 1 %-м раствором хитозана на 0,2 %-м водном растворе соляной кислоты в сочетании с раствором метиленового синего и облучении инфракрасным лазерным излучением. Раны заживали в течение 2-3 суток. Местно необходимо держать холод 1,5-2 часа.

# Список литературы

- «Одонтогенные воспалительные заболевания» Солнцева А.М. и Тимофеева А.А., 1978
- «Хирургическая стоматология» Г. А., Васильев, Т. Г. Робустова, 1981
- «Хирургическая стоматология» Т. Г. Робустова, 2001
- «Стоматология» Я. М. Биберман и соавт., 1968
- «Одонтогенные воспалительные заболевания челюстей и прилежащих тканей» М. М. Соловьев, И. Худояров, 1979
-