

**Остеомієліт щелеп : Етіологія,
патогенез, класифікація,
лікування**



- ▶ **Остеомієліт щелепи** є інфекційним гнійно-некротичним процесом, який розвивається в кістки і прилеглих до неї тканинах

В залежності від джерела інфекції розрізняють такі різновиди остеомієлітів щелеп:

- ▶ одонтогенний;
- ▶ гематогенний;
- ▶ травматичний.

За клінічним перебігом захворювання виділяють:

- ▶ гострий остеомієліт;
- ▶ підгострий;
- ▶ хронічний;
- ▶ загострення хронічного.

- ▶ По локалізації:
 - ▶ нижньої щелепи;
 - ▶ верхньої щелепи.
- ▶ За поширеністю:
 - ▶ обмежений: в межах альвеолярного відростка або однієї групи зубів;
 - ▶ дифузний: в межах одного або декількох анатомічних відділів щелеп.

Травматичний остеомієліт

Супроводжує, як правило, відкриті переломи кісток. Розвитку захворювання сприяє інфікуванню рани під час травми. Ризик формування остеомієліту підвищується при осколкових переломах, важких супроводжуваних пошкодженнях, обширних ураженнях м'яких тканин, судинної недостатності, зниженні імунітету.

Характерні симптоми:

лихоманка,
виражена інтоксикація (слабкість, головний біль),
анемія,
лейкоцитоз,
підвищення ШОЕ,
тканини в зоні перелому гіперемована, набряклі,
різко болючі,
рясні гнійні виділення з рани.



Гематогенний остеомієліт

- ▶ Гематогенний остеомієліт щелеп виникає шляхом занесення інфекції в кістномозкову речовина щелепи кров'ю (при грипі, тифі, скарлатині, дифтерії та інших захворюваннях). Спочатку уражається ділянку тіла щелепної кістки, а потім в запальний процес втягуються і зуби.

Гострий одонтогенний остеомієліт



- ▶ Для нього характерна біль в області “причинного” зуба, однак незабаром приєднуються ознаки запалення тканин стоять поруч зубів. Наростаюча біль, іррадируюча в скроню, очну ямку, вухо.

- ▶ **Симптоми гострого одонтогенного остеомієліту верхньої щелепи**

Хвороба починається гостро, з підвищення температури до 39-40 С. Визначаються запальний набряк і припухання в області щік, твердого неба, порожнини носа і по нижньому краю очної ямки.

протягом доби набряк різко наростає, очна щілина закривається повністю і рух століття майже неможливо. Носогубні складки згладжується, кути рота опускаються, обмежено рух верхньої губи, що веде до асиметрії особи. Лімфатичні залози збільшуються і ущільнюються.

Набряк наростає, поширюється від виличної кістки і до шиї.

- ▶ При риноскопії спостерігається звуження просвіту носового ходу з-за зміщення латеральної стінки до перегородки носа. Загальний носовий хід заповнюється гнійним виділенням.
- ▶ Шкіра над припухлістю поступово червоніє, лисніє, не збирається в складки. При обмацуванні спостерігається різка болючість.
- ▶ В порожнині рота на ділянці альвеолярного відростка з боку передодня або на небі формується обмежений інфільтрат, покритий гіперемірованою слизовою, який в найближчі кілька днів швидко збільшується і розм'якшується в результаті розпаду кісткових тканин, виникає флуктуація

Симптоми хронічного остеомієліту верхньої щелепи

При відсутності своєчасного лікування процес переходить у хронічну форму. Вже через тиждень формуються множинні секвестри, свищі, які відкриваються в порожнину носа, в область лунок зубів по перехідній складці, на тверде небо і внутрішній кут очниці, виникає патологічна рухливість щелепи, може початися секвестрація зубів.



Ускладнення остеомієліту верхньої щелепи

- ▶ перехід запального процесу на очну ямку, розвиток абсцесу повік або флегмони очниці;
- ▶ екзофтальм, обмежена рухливість очного яблука;
- ▶ менінгіт,
- ▶ абсцес мозку,
- ▶ дакріоцистит,
- ▶ септикопіємії, сепсис,
- ▶ пневмонія,
- ▶ гнійний плеврит, перикардит, абсцес легені.



Рисунок 1. Больной В., 32 года. Диффузный остеомиелит верхней челюсти (указано стрелками)



Рисунок 2. Больной П., 33 года. Диффузный остеомиелит нижней челюсти. Многочисленные свищи лица и шеи (указано стрелками)

Лікування

- ▶ Першим завданням у лікуванні остеомієліту щелепи вважається ліквідація гнійного вогнища, що є причиною розвитку запалення.
- ▶ **При розвитку одонтогенного остеомієліту** щелепи показано видалення зуба.
- ▶ **при розвитку гематогенного** - санація хронічного вогнища інфекції.
- ▶ **при травматичному** - первинна хірургічна обробка інфікованих і вогнепальних ран.



- ▶ Загальні лікувальні заходи складаються з дезінтоксикаційної, імуномодуючої, симптоматичної, десенсибілізуючої терапії. Лікування включає призначення масивної антибіотикотерапії напівсинтетичними пеніцилінами, цефалоспоринами, макролідами.
- ▶ При хронічному остеомієліті щелепи після проведення рентгенологічного дослідження щелепи вирішується питання про секвестрэктомии - видалення кісткових секвестрированих ділянок. Після проведення даної маніпуляції порожнину кістки піддається промивання антисептичними засобами та заповнення остеопластичними матеріалами з антибіотиками. При загрозі перелому щелепи проводиться шинкування.



- ▶ Мета даного дослідження полягала в тому, щоб описати ефект ванкоміцин насичений сульфату кальцію при лікуванні остеомієліту щелепи.
- ▶ МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ:
- ▶ Дванадцять пацієнтів, які були діагностовані з остеомієлітом щелепи пройшли лікування з ванкоміцин-просочують сульфату кальцію з липня 2014 року в відділенні щелепно-лицьової хірургії, школа стоматології, Китайського медичного університету (Шеньян, Китай). Всім хворим проводили санацію нежиттєздатних кістки та імплантації ванкоміцин насичений сульфату кальцію. Рани були покриті ацеллюлярной дермального матриксу і вшивають.



▶ РЕЗУЛЬТАТИ:

- ▶ Десять пацієнтів мали задовільний загоєння ран. Проте, 2 випадки верхньощелепної центральної остеомієліту було уповільнене загоєння ран. Рани гоїлися після хірургічного ділянки був resutured під місцевою анестезією. У 3-х місяців, Панорамна рентгенограма показала, що більшість імплантатів були реабсорбирується і замінена новою кісткової тканини. Всі пацієнти в даному дослідженні не було рецидиву інфекції від 6 до 18 місяців (в середньому 10,8 міс) спостереження.

▶ ВИСНОВКИ:

- ▶ Використання ванкоміцин-просочений сульфату кальцію в хірургічному ділянці Debridement для хронічного остеомієліту щелепи показав обнадійливі результати. Крім того, сульфат кальцію може сприяти утворенню нової кісткової тканини до певної міри.

Діагностика

- ▶ На підставі скарг пацієнта і об'єктивних даних загального огляду у лікаря може виникнути підозра на остеомієліт щелепної кістки. Підтвердження такого захворювання і повна формулювання діагнозу можливі тільки після проведення променевої діагностики (рентгендіагностики).

Існують ранні та пізні рентгенологічні ознаки, які вказують на наявність такої важкої патології.

До ранніх рентген-ознак належать:

- ▶ • наявність на знімках ділянок розрядження кісткової тканини, які чергуються з її ущільненням;
- ▶ • смазанність і крайня нечіткість кісткового малюнка в щелепи;
- ▶ • незначне збільшення товщини окістя як наслідок периостита.

Пізними ознаками остеомієліту на рентгенограмі є:

- ▶ • формування до 7-12 дня від початку захворювання вогнищ деструкції з утворенням секвестрів;
- ▶ • потовщення і помірне ущільнення тканини кістки навколо запаленого вогнища.
- ▶ У скрутних випадках пацієнтам показане проведення МРТ, яке дозволяє більш чітко побачити широту поразки кісткової тканини, а також візуалізувати дрібні гнійні вогнища.

Додатково до рентгенологічного обстеження проводять загальноклінічні аналізи, які відображають активність запального процесу:

- ▶ • загальний аналіз крові, в якому може бути виявлено збільшення кількості лейкоцитів, зміни лейкоцитарної формули запального характеру, зниження кількості еритроцитів і гемоглобіну;
- ▶ • біохімічний аналіз крові з виявленням електролітних порушень, появою маркерів запалення.
- ▶ З метою визначення збудника остеомієліту та виявлення його чутливості до антибактеріальних препаратів проводять бактеріологічне дослідження виділень Свищева ходів з посівом гною на спеціальні живильні середовища з наступною мікроскопією отриманих зразків.

Диференціальна діагностика

Дифдіагностика остеомієліту з іншими захворюваннями, що мають схожу симптоматику, має важливе значення, оскільки неправильно поставлений діагноз може призводити до невірному вибору лікувальної тактики та неефективності проведеної терапії. Все це підвищує ризик на несприятливий результат хвороби і поганий прогноз для здоров'я в майбутньому.

- ▶ Дифференційний діагноз остеомієліту слід поводити з такими захворюваннями, як:
 - ▶ • гостра форма періодонтиту,
 - ▶ • гострий пульпіт,
 - ▶ • периостит,
 - ▶ • нагноєння кістки зуба,
 - ▶ • гострий гайморит одонтогенного походження,
 - ▶ • абсцес м'яких тканин в щелепно-лищевої області (ЩЛД).