



Кафедра: "Жақ бет аймағы хирургия"

СӨЖ

Тақырыбы: Жедел одонтогенді остеомиелит

Орындаған: Абдикулов А.А
Факультет: Стоматология
Тобы: 14-003-02
Қабылдаған: Талимов К.К

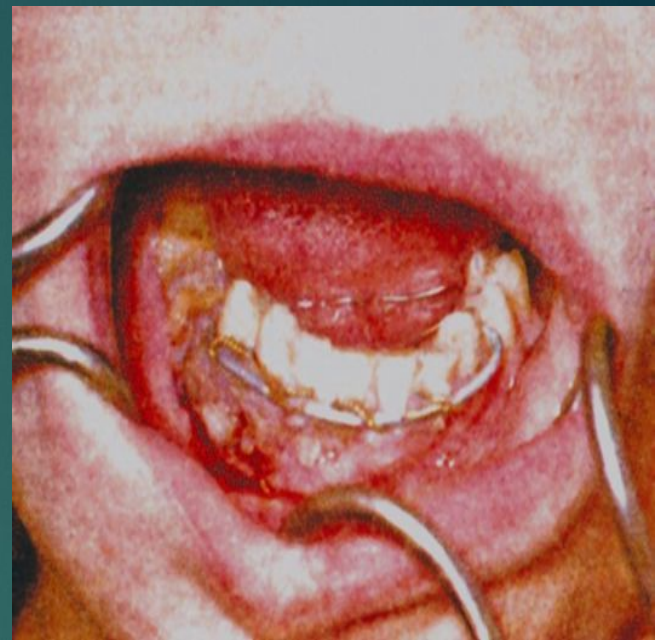
Жоспар

- ▶ Кіріспе
- ▶ Негізгі бөлім
- ▶ Этиологиясы
- ▶ Патогенезі
- ▶ Клиникалық белгілері
- ▶ Ажырату диагнозы
- ▶ Рентген сурет
- ▶ Емі

- ▶ Жақтың одонтогенді остеомиелиті – бұл жақ-сүйек тіндерінің инфекциялық іріңді-өліеттенген процесі.
- ▶ В.В.Паникаровский және А.С.Григорьян (1975) жіктемесі бойынша жедел остеомиелит «оститтің» бір түрі болып келеді. Ю.И. Вернадский (1985), А.Г.Шаргородский (1985) бұл ауруды паностит деп атауды дұрыс көрді. А.И.Евдокимова және Г.А.Васильева жіктемесіне сәйкес көптеген авторлар «остеомиелит» терминін қолдануды дұрыс көрді.

ЭТИОЛОГИЯСЫ

- ▶ Жедел іріңді остеомиелит одонтогенді инфекцияның енуінен дамиды. Остеомиелиттік іріңді ошақ микрофлорасының арасында алтын және ақ стафилококктар, стрептококктар және басқа кокктар, кейбір таяқша тәрізді түрлер – іріңді бактериялармен бірге кездеседі. Жақ остеомиелитінің ауыр түрлерінде көбінесе анаэробты стрептококктар және стафилококктардың патогенді штаммдары кездеседі. Бұл аурудың этиологиясында анаэробты инфекцияның және оның арасында спорогенді емес анаэробтың маңызы зор. Остеомиелит кезінде микробты қоздырғыштардың арасында анаэробты және аэробты флораның 5-6 патогенді түрі болатыны анықталған.



Патогенезі

- ▶ Жақтың остеомиелиті даму үшін инфекцияның негізгі көзі түбір ұшы маңының микрофлорасы, сирек – маргинальдік тіс ошақтары болып келеді. Кейде бұл патологиялық процесс түбір маңы ұрасының іріңдеуінен, басқа ісік тәрізді зақымданудан, сондай-ақ инфекцияның стоматогенді кіру қақпасы болғанда дамиды. Жақ остеомиелитінің жиілігі тіс топтарының периодонтындағы қабыну процестерінің жиілігімен сипатталады: төменгі жақта – бірінші төменгі үлкен азу тістер; төменгі азу тістер, оның айналасында тек түбір ұшылық ғана емес, сонымен қоса, маргинальді процестер дамиды; төменгі екінші үлкен азу тістер және т.б.
- ▶ Жоғарғы жақтың одонтогенді остеомиелиті жиі бірінші жоғарғы үлкен азу тістерден дамитын қабыну процестерімен байланысты.



Клиникасы:

- ▶ Жедел ағымды остеомиелиттің клиникасы жоғарғы, төменгі жақ сүйектерінде ерекше белгілермен көрінеді. Жоғарғы жақ сүйегінде жедел ағымды остеомиелит жеңілдеу өтеді, уақыты аздау, сүйек тіні өте көп деструкцияға ұшырайды, флегмонамен сирек асқынады. Бұл жоғарғы жақ сүйегінің анатомо-топографиялық ерекшелігіне байланысты — қанмен жақсы қамтамасызданған, кортикальды пластинкасында тесіктер көп болған-дықтан іріңді экссудат тез көшіп отырады. Жоғарғы жақ сүйегіне өте көп бұлшықет жабыспайды, клетчатка кеңістіктері көп емес. Сондықтан жайылмалы флегмоналар дамымайды.
- ▶ Сүйек тінінің зақымдануы жоғарғы жақ сүйегінің дөңесінде орналасса ірің қанатшатаңдай шұңқырына өтіп, одан төменгі көз саңылауы арқылы көз алмасы клетчаткасына тарауы мүмкін. Ірің тағы самайасты шұңқыры мен қанатша-жақ кеңістігіне өтіп, ауру ағымын ауырлатуы мүмкін. Кейде қабыну процесі гаймор қуысында қамтиды.
- ▶ Төменгі жақ сүйегі денесіндегі үлкен және 2-ші кіші азу тістер тұсындағы альвеолды өсіндіні қамтитын жедел ағымды одонтогенді остеомиелит қан тамыр-нерв шоғырын қоса зақымдап, ол төменгі альвеолды және иек нервiмен қоректенетін тіндердің сезімталдығы бұзылуымен (Венсан симптомы) сипатталады. Төменгі жақ денесі мен өсіндісінің жедел ағымды остеомиелитінде іріңді процесс шайнау және медиальды қанатша бұлшықетіне таралып, ауыздың ашылуы шектеледі — шайнау еттерінің қабыну контрактурасы дамиды.

- 
- ▶ ауызды ашуы шектелген
 - ▶ ауыздан шіріген иіс шығады
 - ▶ тілі қақпен жабылған
 - ▶ секрециясы төмендеуіне байланысты сілекей қою, созылмалы болады
 - ▶ тіс қозғалмалы
 - ▶ перкуссияда аурады

- ▶ Жақ остеомиелитінің клиникалық ағымы түрлі болуы мүмкін және микрофлора ерекшеліктеріне, инфекцияға қарсы қорғаныштың спецификалық және спецификалық емес факторларына, ағзаның басқа жеке ерекшеліктеріне, соған қоса, процестің орналасуына және аурудың кезеңіне байланысты. Бұл факторлар қабыну реакцияларының әртүрлі —нормоергиялық, гиперергиялық және гипергиялық түрлерінде көрінеді. Егде жастағы адамдарда иммунитеттің төмендеуінен гипергиялық реакция анергияға дейін төмендеуі мүмкін.
- ▶ Жақтың сол және басқа аймақтарында остеомиелиттің дамуы үшін оның анатомиялық құрылымының белгілі бір маңызы бар. Жоғарғы жақта, оның денесінде, альвеолярлы өсіндісінде кеуекті зат аз болады, компактты пластинкада тесіктер көп болады, периодонт пен сүйектен жалқықтың шығуын жеңілдетеді. Сондықтан жоғарғы жақтың зақымдануы сирек байқалады және остеомиелит шектелген болады.
- ▶ Төмегі жақта кеуекті зат аз болады. Оның компактты қабаты тығыз, қалың және оның тесіктері аз болады. Жалқықтың периодонттан сүйек арқылы шығуы қиын және ол жиі кеуекті затқа таралады. Төменгі жақтағы остеомиелиттік процесс жоғарғы жаққа қарағанда төменгі жақта, әсіресе, оның денесі мен бұтағында ауыр өтеді.

- ▶ Жедел ағымды остеомиелитте қан, несеп құрамында өзгерістер болады. Шектелген, диффузды түрінің жедел нормергиялық ағымында лейкоциттер $10-15 \times 10^9/\text{л}$, лимфоцит (70—80%) таяқша ядросы 15—20% өседі. ЭТЖ біртіндеп 15-тен 40-қа дейін көтеріледі. Несепте белок 0,066 г/л, лейкоциттер 20—25 көру аймағында.
- ▶ Гиперергиялық қабыну реакциясында Нв мен эритроциттер азайып, лейкоциттер $18,0—20,0 \times 10^9/\text{л}$ -ге дейін солға жылжып көбейеді және нейтрофильдердің жас түрлері дамиды. Соның ішінде миелоциттер көбейіп, лимфопения дамиды. ЭТЖ 50—60 мм/сағ. жоғарылайды. Несепте белок (0,033—3 г/л), гематурия, цилиндрурия анықталады.
- ▶ Жедел ағымды остеомиелиттің гиперергиялық ағымында қанда Нв мен эритроциттер азайып, лейкоциттер қалыпта немесе төмендеуі мүмкін. ЭТЖ қалыпта кейде төмендейді. Несепте өзгерістер науқастың жасына байланысты әртүрлі болады.
- ▶ Науқастың қан сарысуында С-реактивті белок көбейеді. Альбуминдер мен глобулиндердің қатынасы өзгереді (глобулиндерге ауытқуы).

Науқастың шағымы



- ▶ жұмсақ тіндерінің ісінгеніне
- ▶ ауызды ашу қиындағанына
- ▶ жұтынып-шайнағанда ауыру сезіміне
- ▶ тыныс алу мен сөйлеудің бұзылғанына
- ▶ жалпы жағдайының нашарлауына



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



Ажырату диагностикасы:

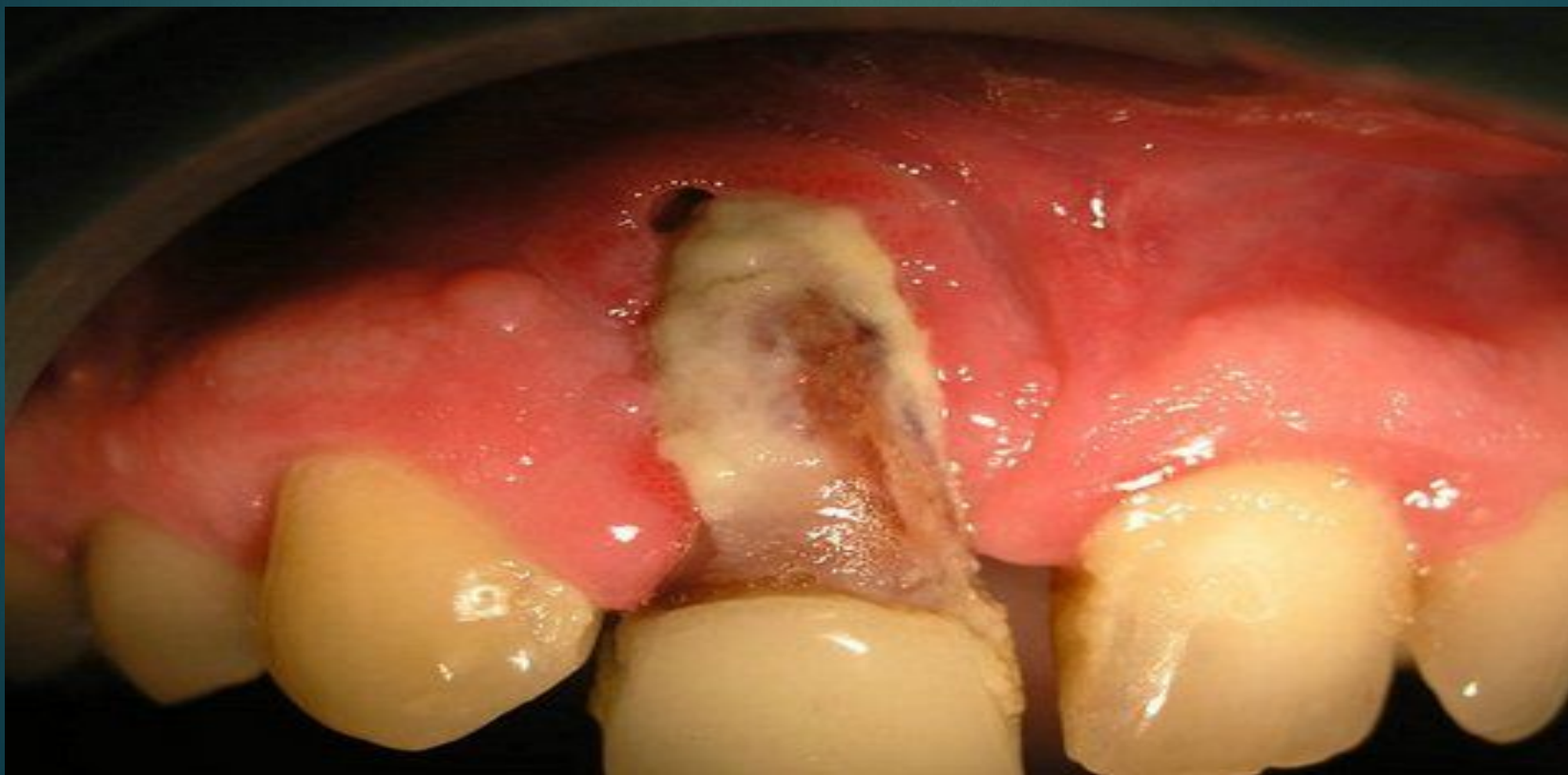
- ▶ Жедел ағымды одонтогенді остеомиелитті келесі аурулардан ажырату керек.
- ▶ 1) Жедел ағымды немесе созылмалы периодонтиттің өршуінен;
- ▶ 2) Жедел ағымды ірінді периоститтен;
- ▶ 3) Одонтогенді жұмсақ тіндердің қабыну процестерінен (абсцесс, флегмона);
- ▶ 4) Бет-жақ аймағының іріңдеген кисталарынан;
- ▶ 5) Арнайы қабыну процестерінен (актиномикоз, туберкулез);
- ▶ 6) Қатерлі ісіктерден.

- ▶ алғашқы күндері рентген суретінде тек патологиялық емес процестер, яғни бұрынғы созылмалы периодонтиттегі өзгерістер ғана көрінеді;
- ▶ 10—14 тәулікте немесе 2—3 аптадан соң суретте шекарасы анық емес дөңгелек немесе сопақ сүйек тіндерінің өзгерісі көрінеді;
- ▶ Сонографияда сүйек қабы астында сұйықтық жиналуы ерте анықталады;



Емі:

- Жедел одонтогенді остеомиелиттің емі комплексті түрде БЖА стационарында жүргізілуі тиіс. Ем сүйектегі және қоршаған жұмсақ тіндердегі іріңді қабыну процесін жойып, инфекциямен күресу, организм қызметін қалпына келтіру шараларын жүргізуге бағытталады.



- ▶ Жедел остеомиелиттің біріншілік сатысында себепші тісті жұлу осы емінің негізгі міндетті түрі болып табылады. Онда іріңдікке шығар көз ашылып, сүйек іші қысымын төмендетеді, қан айналымын жақсартады, сүйекте қайтымсыз процесс болуынан сақтандырады. Қозғалмалы тістерді шеңдеуішпен шеңдейді. Тіс жұлумен қоса сүйек-қабы астындағы және жұмсақ тіндердегі іріңді ошақты ашып некротомия жасайды. Біраз автор ошақты дренаждау үшін остеоперфорация жүргізуді ұсынады (1979). Яғни төменгі жақ жиегі бойымен теседі. Әсіресе төменгі жақтың кортикальды пластинкасын тесу тиімді. Кейбір хирургтер бұл жағдайда сүйек миы орналасқан төменгі жақ өзегіне сәйкес жерден декортикация жасауды ұсынады. Олардың айтуынша қоршаған жұмсақ тіндер есебінен бұл кезде экссудат шығуы күшейіп сүйектің қанмен қамтамасыз етілуі жақсарады.

- ▶ Жедел остеомиелит кезінде барлық оперативті шаралар сенімді жергілікті немесе жалпы жансыздандырумен жасалады, Бөлек әлсіз қосымша аурулары бар науқастарға тісті жұлу жедел процесс басылғанша кейінге қалдырылуы мүмкін,
- ▶ Іріңді жараны күтіп, тазалауға ерекше көңіл бөлініп, жуып-шаю, инстиляция жүргізіледі. Әр түрлі антисептиктермен, нитрофуран препаратымен, антибиотиктермен, иммунды препараттармен жергілікті ем жасалады.
- ▶ Іріңді жараны тазалаған соң физиоо ем тағайындалады: Соллюкс лампасы, УЖЖ, димексидпен, кальций хлоридімен ионофорез жасау, гелийнеон сәулесін қолдану.
- ▶ Науқас клиникаға түскеннен бастап антибактериальды терапия жүргізіледі. Сүйек тініне сіңе алатын антибиотиктер (тетрациклин, линкомицин, морфоциклин, фузидин натрий т. б.) тағайындалады. Онда науқастың препаратқа сезімталдығын ескеру керек. Бактериологиялық себінді нәтижесін алғаннан кейін ем тұрақтандырылады.
- ▶ Антибиотик пен антибактериальды препараттардың өзара әсерлерін ескере отырып сульфаниламидтер, нитрофурандар (мезоцим, трипсин, химопсин т. б.) бұлшықетке инъекция түрінде тағайындайды. Бұл емді шектелген остеомиелитте 8—10 күн, диффузды түрінде 2 апта жедел көріністері басылғанша жүргізеді.
- ▶ Асқынулардың алдын алу үшін, әсіресе кең спектрлі антибиотиктерді қолданғанда, саңырауқұлақтарға қарсы препараттар (нистатин, леворин) қолданылады.

- ▶ Организмді дезинтоксикациялау үшін және қанның реологиялық қасиетін жақсарту, тұз-су алмасу, белоктық баланстың бұзылуын дұрыстау үшін венаға гемодез, реополиглюкин, 5% глюкоза ерітіндісі, Рингер ерітіндісін тамшылатып жібереді.
- ▶ Организм сенсibiliзациясы және тамыр қабырғаларының өткізгіштігін төмендету үшін 10% кальций хлориді, антигистаминді препараттар (супрастин, тавегил, фенкарол т. б.) тағайындайды.
- ▶ Комплексті емге витаминдер (С, В тобы), антигенді стимуляторлар (метилурацил, пентоксил, натрий оротаты, продиглозан), дибазол, женьшень, қытай лимоннигі т. б. 2—3 күн кварцпен сәулелендіру жақсы стимулдеуші әсер береді.
- ▶ Жүрек қан тамырлар жүйесіне баса көңіл бөлінеді. Оның соғуын күшейту үшін кофеин, кордиамин, кокарбоксилазат т. б. береді. Сонымен қатар ауру сезімін басатын, қабынуға қарсы препараттар-амидопирин, анальгин 0,25—0,5 г 3—4 рет (күніне) тағайындалады.
- ▶ Комплексті емге тағы көп сұйықтық ішу, әсіресе витаминдер, минералдар бар су ішу қосылады. Науқас белокпен витаминдерге бай тағамдармен тамақтану керек. Ауыздың ашылуы қиындаған жағдайда тағам сұйық болу керек. Тамақтанып болған соң ауыз қуысын мұқият шайып отырған жөн. Организмнің қорғаныс күшін жоғарылату үшін аутогемотерапия, иммуномодулятор — тималин, тимоген (бірақ міндетті түрде қан анализі мен иммунограмманы бақылап отыру керек) қолданады.

Қолданылған әдебиеттер:

✧ Д.М.Мезгілбаева, С.Ж.Абдикаримов, Н.Ғ.Сапаева
2014ж

✧
ЖАҚ-БЕТ АЙМАҒЫНЫҢ ОДОНТОГЕНДІ ҚАБЫНУ АУРУЛАРЫ С. М.
Закишева, А. Т.Тоқбергенова, А. С.Әлмұратова, А. Р. Тулқумбаев
“2012ж”

✧ www.google.kz

Назарларыңызға рахмет!

