

Министерство образования и науки Российской Федерации

Пензенский государственный университет

Кафедра «Челюстно-лицевая хирургия»

Курсовая работа

По дисциплине: «Детская челюстно-лицевая хирургия»

На тему: «Периостит челюстных костей. Клиника острого и хронического периостита челюстных костей у детей различного возраста »

Специальность - 31.05.03 Стоматология

Выполнила: студентка 16ЛС6 группы 4 курса

Ивачева Оксана Александровна

Проверил: ассистент кафедры ЧЛХ

Амбарян Гарик Мнацаканович

Работа защищена с оценкой _____

Дата защиты _____

Пенза 2020 год

Министерство образования и науки Российской Федерации

Пензенский государственный университет

Кафедра «Челюстно-лицевая хирургия»

«УТВЕРЖДАЮ»

Зав. кафедрой «Челюстно-лицевая хирургия»

к.м.н. _____ Нестеров А.В.

ЗАДАНИЕ

на курсовую работу по дисциплине «Детская челюстно-лицевая хирургия»

Тема: « Периостит челюстных костей. Клиника острого и хронического периостита челюстных костей у детей различного возраста »

1. Провести аналитико-синтетический обзор информационных ресурсов по выданной теме
2. Выделить основные проблемные вопросы
3. Предоставить материал на проверку руководителю
4. Выполнить работу, сформулировать основные выводы, заключение, при необходимости снабжая иллюстрациями.

Руководитель работы _____

Должность _____ подпись _____ ФИО _____

Содержание

Введение.....	3
1.Этиология и патогенез.....	4
2.Классификация острого и хронического периостита	6
3.Клиника	10
4.Диагностика	13
5.Лечение.....	14
6.Профилактика.....	16
Заключение.....	17
Список литературы.....	19

Введение

Воспаление надкостницы, воспалительный процесс с фокусом воспаления в надкостнице. Выделение периостита в самостоятельную нозологическую форму обусловлено наличием характерной для него клинической картины как местного, так и общего характера, а также возможностью купировать воспалительный процесс на этой стадии при своевременном адекватном лечении.

По клиническому проявлению и патоморфологической картине различают периостит острый (серозный и гнойный) и хронический (простой и оссифицирующий)

1.Этиология и патогенез

Этиология

Одонтогенный периостит является следствием генерализации воспалительного процесса околозубных тканей, активизации хронической стоматогенной инфекции. .[11]

Причинами развития периостита челюстных костей могут быть острый или хронический периодонтит, остеомиелит, затрудненное прорезывание зубов, нагноение радикулярной кисты, заболевания пародонта. Иногда периостит возникает вследствие неэффективного консервативного лечения зубов, эндодонтического лечения при недостаточной антисептической обработке корней зубов, выведения большого количества пломбировочного материала за верхушечное отверстие корня зуба.

Патогенная микрофлора при данном заболевании смешанная (стрептококки, стафилококки, грамположительные и грамотрицательные палочки, гнилостные бактерии). [15]Пусковым механизмом генерализации воспалительного процесса являются снижение иммунитета, сенсibilизация организма, а также общие факторы: переохлаждение, переутомление, стрессовые ситуации.

Патогенез

Одонтогенный периостит развивается в результате распространения воспалительного экссудата из периодонта через костные каналы губчатой кости и кортикальную пластинку челюсти под надкостницу. В некоторых случаях надкостница узурируется. Патогенная микрофлора и продукты ее жизнедеятельности попадают также в кровяное русло и распространяются по лимфатическим сосудам. Периост растущих костей находится в состоянии физиологического возбуждения и очень чутко реагирует на любое раздражение. При остром и обострившемся одонтогенном процессе в периапикальных тканях

наблюдается выраженная быстрораспространяющаяся гиперемия сосудов надкостницы, слизистой оболочки и мягких тканей полости рта с образованием обширной зоны перифокального воспаления. [11]

В начальной стадии острого серозного воспаления, кроме гиперемии сосудов, отмечаются отек и клеточная инфильтрация периоста. Морфологически он утолщается, становится рыхлым, его волокна разделяются серозным выпотом. При дальнейшем развитии процесса серозная стадия переходит в гнойное воспаление. Острый серозный периостит является следствием острого или обострившегося хронического периодонтита.

При своевременном обращении к врачу ребенок жалуется на боль в «причинном» зубе при жевательной нагрузке на него, болезненную припухлость мягких тканей в проекции «причинного» зуба, иногда на повышение температуры до 37° С и ухудшение самочувствия. [16]

Явления интоксикации умеренные, общее состояние пациента удовлетворительное. Местные признаки воспаления более выражены, отмечается асимметрия лица за счет отека и инфильтрата мягких тканей вокруг болезненного утолщения надкостницы, при пальпации отмечается пастозность, кожа над инфильтратом в цвете не изменена. В «причинном» зубе диагностируется периодонтит, коронковая часть зуба обычно с глубокой кариозной полостью, изменена в цвете, перкуссия болезненная. Переходная складка альвеолярного отростка может быть сглажена, инфильтрирована, слизистая оболочка гиперемизована, отечна. [18]

Флюктуация не определяется. Регионарные лимфатические узлы слегка увеличены, эластической консистенции, не спаяны с подлежащими тканями, безболезненны. В полости рта отмечаются гиперемия и отечность слизистой оболочки альвеолярного гребня, переходной складки и прилежащих участков щеки в области «причинного» зуба и проекции его корней. Полость и корневые каналы зуба, послужившего источником инфекции, заполнены гнилостным распадом. Иногда зуб бывает запломбированным, в ряде случаев имеется

глубокий патологический зубодесневой карман. В этот период болевая реакция при перкуссии зуба выражена нерезко, а иногда отсутствует.

2. Классификация острого и хронического периостита

В зависимости от пути проникновения инфекции в надкостницу различают следующие формы периостита челюсти: одонтогенный (обусловленный заболеванием зубов), гематогенный (обусловленный распространением инфекции по кровеносному руслу), лимфогенный (обусловленный распространением инфекции по лимфатическим путям), травматический (обусловленный повреждением надкостницы). С учетом клинического течения и патоморфологической картины воспаления периостит челюсти может быть острым (серозным или гнойным) и хроническим (простым или оссифицирующим).

Острый серозный периостит челюсти сопровождается инфильтрацией надкостницы и скоплением в воспалительном очаге умеренного количества серозного экссудата. [16]

Острый гнойный периостит челюсти (флюс) протекает с формированием ограниченного поднадкостничного абсцесса, образованием свищей, через которые гной оттекает наружу.

Хронический периостит челюсти характеризуется вялотекущим инфекционно-воспалительным процессом в надкостнице, сопровождающимся образованием молодой костной ткани на поверхности челюстных костей. Если при простом периостите челюсти процесс новообразования костной ткани является обратимым, то при оссифицирующем быстро прогрессируют окостенение и гиперестоз. По степени распространения различают ограниченный (в области 1 или нескольких зубов) и диффузный (с охватом практически всей челюсти) гнойный периостит. [6]

В классификации острого периостита следует выделить следующие пункты.

Это причины возникновения острого периостита:

- одонтогенный периостит;
- лимфогенный периостит;
- гематогенный периостит;
- травматический периостит;

Течение острого периостита:

- серозный периостит челюстей;
- гнойный периостит челюстей.

Распространение процесса:

- ограниченный периостит челюстей;
- диффузный периостит челюстей.

Острый серозный периостит у детей

Острый серозный периостит возникает в результате распространения воспаления из пульпы или периодонта на окружающую зуб костную ткань, а затем и надкостницу. У детей этот процесс протекает достаточно быстро в силу анатомических особенностей строения их зубов, мягких и костных тканей. При этой форме периостита главным образом выражены местные признаки (явления общей интоксикации редки, температура – субфебрильная). Воспалительный процесс проявляется в виде ярко выраженного асимметричного (со стороны больного зуба) отека мягких тканей лица и увеличения регионарных лимфатических узлов. Надкостница вокруг причинного зуба утолщена и болезненна при пальпации. Коронка причинного зуба, как правило, имеет глубокую кариозную полость, изменена в цвете. Острый периостит у ребенка является грозным симптомом, указывающим на высокую активность

воспалительного процесса, связанную с вирулентностью инфекции и слабой сопротивляемостью организма. Острый серозный периостит у детей всегда сопровождается острыми формами периодонтита. В некоторых случаях воспалительный инфильтрат мягких тканей может сохраняться в течение нескольких дней после удаления причинного зуба. Терапия заключается, в первую очередь, в лечении основного заболевания (пульпита, периодонтита). Назначается также противовоспалительная терапия (антибиотики, сульфаниламидные препараты). Обеспечивается полноценное питание, поливитамины, обильное питье. [19]

Показана также физиотерапия. При неэффективности консервативного лечения больной зуб удаляют (одновременно с периостомией), после чего проводят дренирование раны в течение 3-4 суток.

Острый гнойный периостит у детей

Острый гнойный периостит возникает при отсутствии или неадекватном лечении острого серозного периостита. Гнойный экссудат скапливается с образованием поднадкостничных абсцессов. Происходит процесс гибели надкостницы, её расплавление и дальнейшее лакунарное рассасывание с образованием узур. [5] экссудат проникает под слизистую оболочку. Местно заболевание проявляется отеком мягких тканей. В месте непосредственного соприкосновения тканей лица с гнойным очагом наблюдается воспалительная инфильтрация (уплотнение) мягких тканей. Инфицированный зуб может быть подвижным, развивается лимфаденит, возникают явления общей интоксикации (повышение температуры тела, нарушения сна и аппетита, в крови повышается СОЭ и уровень лейкоцитов). Без своевременного обращения к стоматологу и адекватного лечения процесс быстро переходит в острый одонтогенный остеомиелит, может возникнуть абсцесс, флегмона. [17]

Классификация хронического периостита по течению:

- Острый периостит челюсти;
- Хронический периостит челюсти;
- Обострение хронического периостита челюсти;

По форме хронический периостит классифицируют на:

- Простой хронический периостит;
- Оссифицирующий хронический периостит;
- Рарефицирующий хронический периостит.

Простой хронический и оссифицирующий периоститы очень схожи между собой по жалобам и клинической картине. Разница заключается лишь в исходе данных форм периоститов.

Хронический периостит у детей встречается редко. Одонтогенный хронический периостит возникает в результате невылеченного воспалительного процесса в периодонте, после острого периостита, а также при хронических формах остеомиелита челюстей. [11]

Это одонтогенный воспалительный процесс, развивающийся в периодонте или костной ткани челюсти, является источником раздражения камбиального слоя периоста. Неодонтогенный хронический периостит у детей часто возникает после острой травмы челюсти (ушиба). Основным признаком хронического периостита является наличие безболезненной или слегка болезненной деформации кости, увеличение объема кости в определенном участке челюсти. Могут слегка воспалиться мягкие ткани, прилегающие к очагу поражения. Внешне процесс напоминает клиническую картину корневой кисты. [10]

3. Клиника

Клиническая картина, а точнее ее выраженность, зависит от следующих факторов:

Острый:

- состояние местного и общего иммунитета;
- наличие сопутствующих заболеваний;
- микрофлора, ее вирулентность (способность микроорганизма заразить);
- возраст больного (чаще периостит встречается в пожилом возрасте);
- тип воспалительной реакции;
- локализация очага воспаления в периодонте больного.

Так же было замечено, что у пациентов с развившимся периоститом челюсти, перед этим было либо переохлаждение/перегревание, стресс, напряженность, длительная интенсивная нагрузка.

Как я уже писала, периостит может возникать как на верхней, так и на нижней челюстях. [1]

На верхней челюсти чаще причиной возникновения острого периостита является очаг воспаления, который локализуется возле первых моляров (1.6 и 2.6 зубы), на нижней челюсти чаще всего причинными зубами являются (по уменьшению частоты возникновения острого периостита от «причинных зубов»):

- 6 и 4.6 зубы;
- 8 и 4.8 зубы;
- 7 и 4.7 зубы.

Примерно в 30% случаев причиной возникновения острого периостита нижней челюсти являются первые постоянные моляры нижней челюсти.[20]

Хронический:

Изменение конфигурации лица за счет увеличения участка челюсти (чаще нижней) с неизменной над ним кожей.

Пальпация пораженного участка слабоболезненная или безболезненная. Возможно увеличение регионарных лимфатических узлов в поднижнечелюстной области.

Открывание рта свободное, слизистая оболочка над сглаженной переходной складкой в участке деформации — с цианотичным оттенком. Пальпаторно определяется утолщение альвеолярного отростка. При одонтогенном процессе "причинный" зуб с пломбой, коронка его серого цвета, частично или полностью разрушена.

Если на этой стадии больного не вылечить, то гиперпластический периостит переходит в оксифицирующий, который можно рассматривать как гиперостоз челюсти. [11]

4.Диагностика

Дифференциальную диагностику острого периостита следует проводить с:

- Обострившемся хроническим периодонтитом;
- Воспалением подъязычных и поднижнечелюстных желез;
- Острым одонтогенным остеомиелитом;
- Острым неодонтогенным лимфаденитом.
- Отличие между острым периоститом и обострившемся хроническим периодонтитом заключается в том, что при остром периостите очаг воспаления затрагивает чаще всего группу зубов, а обострившейся периодонтит возникает лишь у одного зуба; при обострившемся периодонтите нет симптомов, которые характеризуют острый периостит:

1. Ассиметрия лица;
2. Отек мягких тканей;
3. Боль при пальпации;

Реакция лимфатических узлов и т.д.

При отличии острого периостита и воспаления слюнных желез, врач – стоматолог должен помнить, что никогда при остром периостите слюнные железы не вовлекаются в патологический процесс. Если из устьев слюнных желез выделяется либо мутноватый или гнойный экссудат, это говорит о патологическом процессе в самих слюнных железах.

Разграничить острый периостит и острый остеомиелит можно по симптому Венсана, который характерен только для острого остеомиелита (обезболивание нижней губы или подбородка, либо сочетание этих признаков);

При остром неодонтогенном лимфадените отсутствуют реакции со стороны зубочелюстной системы. То есть клинических признаков в полости рта не будет.

Дифференциальную диагностику хронического периостита следует проводить с

хронически одонтогенным остеомиелитом, с посттравматическим остеомиелитом и новообразованиями .[6]

Главным отличием хронического периостита и остеомиелита является разница в рентгенограмме. При хроническом остеомиелите нет «симптома луковицы», костный рисунок не просматривается. В полости рта подвижны, болезненны группы зубов, слизистая пастозна, болезненна при пальпации. Чтобы отличить хронический периостит от новообразований, как писалось выше, следует провести биопсию костной ткани.

Окончательный диагноз заболевания основан на строгой оценке общего состояния ребенка — уровня интоксикации и выраженности местных признаков заболевания. Общее тяжелое состояние, бледность кожных покровов, разлитые субпериостальные абсцессы, выходящие за пределы 2—3 зубов, локализация абсцессов с двух сторон альвеолярного отростка — все это свидетельствует об активной форме заболевания, которую следует рассматривать как острый одонтогенный остеомиелит. В некоторых случаях уточнение диагноза возможно лишь *ex juvantibus*. Общее хорошее состояние ребенка через 1—2 сут после оперативного вмешательства, комплексного общего и местного воздействия на очаг поражения, резкое снижение количества или отсутствие гнойных выделений из раны, отсутствие клинических признаков хронического периостита свидетельствуют об остром гнойном периостите как самостоятельной клинической форме.

Течение самостоятельной клинической формы заболевания у детей острое и кратковременное, после оказания хирургической и консервативной помощи в полном объеме процесс продолжается не более 3—4 дней. Без адекватного лечения у большинства больных он переходит в острый одонтогенный остеомиелит. В детском возрасте общая клиническая картина ОГП, прежде всего у детей младшего возраста, является показанием к госпитализации. .[18]

5.Лечение

Лечение острого серозного периостита:

Для лечения острого серозного периостита следует удалить причинный зуб, и симптоматика скоро исчезнет. Пациенту можно назначить физиотерапию. Рекомендовано при остром серозном периостите:

- УВЧ;
- Согревающие компрессы;
- Флюктуоризация;
- Гелий – неоновый лазер.
- Лечение острого гнойного периостита:

Лечение острого гнойного периостита заключается в удалении зуба и вскрытии абсцесса. «Где гной – там разрез». Разрез делают длиной в три зуба, разрезают слизистую и надкостницу по переходной складке до кости. Рану дренируют. Дренаж устанавливают на 1 – 2 суток.

Если же разрез приходился на твердом небе, то целесообразно иссечь немного мягких тканей треугольной формы. При локализации гнойного экссудата со стороны языка, делают линейный разрез чуть выше переходной складки.

Пациенту назначают антибиотикотерапию, общеукрепляющую терапию, физиотерапию (УВЧ, гелий – неоновый лазер, флюктуоризацию).

Для скорейшего отделения гноя, пациентам рекомендуют полоскать полость рта растворами ромашки, шалфея, календулы, перманганата калия. Растворы должны быть теплыми.

Для профилактики синусита, если периостит был от больших коренных зубов на верхней челюсти, пациенту можно назначить сосудосуживающие капли/спреи в нос в течение 5 – 6 суток.

Так же следует назначить лечение регионарного лимфаденита для предупреждения осложнений. Это может быть флюктуоризация, УВЧ, полуспиртовые компрессы на ночь, электрофорез с йодидом калия, магнитные аппликаторы. [19]

Лечение хронического периостита

В первую очередь заключается в устранение очага одонтогенной инфекции. То есть «причинный зуб» следует удалить. При лечении хронического периостита могут использовать как консервативный, так и хирургический методы лечения. Но консервативный метод зачастую не эффективен, поэтому удаляют не только причинный зуб, но и зубы, которые находятся в очаге и не представляют функциональной и эстетической ценности.

После чего необходимо удалить избыточно образовавшуюся костную ткань, а вновь образованную костную ткань удаляют долотом или кусачками. После удаления избыточной костной ткани заметны участки размягчения на подлежащем слое кортикальном пластинки. Рану следует зашить наглухо. Параллельно этому следует назначить:

- Сульфаниламиды;
- Витаминотерапия;
- Симптоматическое лечение.

Хорошие результаты лечения хронического периостита заметны при назначении физиотерапии. Очень эффективен при хроническом периостите электрофорез с 1 -2 % раствором йодистого калия, УВЧ – терапию, ультразвук.

В принципе лекарственную терапию и физиотерапию назначают курсом на 8 — 10 дней.

Если же ни консервативное, ни хирургическое лечение не приводят к положительной динамике, то есть между «новой» и «старой» костями границы на рентгенограмме нет, то говорят о явлении гиперостоза. Если же произошел

гиперостоз, то в таких ситуациях по эстетическим показаниям проводят операцию по моделированию челюсти. [11]

6. Профилактика

Основными путями для профилактики хронического периостита являются:

1. Своевременная санация полости рта;
2. Коррекция иммунитета.

Подытожив, следует сказать, что хронический периостит – это процесс длительного воспаления надкостницы, вследствие постоянного раздражения надкостницы антигенами. Данный процесс может длиться от нескольких месяцев до нескольких лет, обостряться и осложняться в остеомиелит.

Основными симптомами для постановки диагноза являются:

- Ассиметрия лица;
- Утолщение челюсти;
- Увеличение лимфатических узлов;

Рентгенографическая картина: «симптом луковицы», четкий костный рисунок, наличие очагов одонтогенной инфекции. [10]

Заключение

Ни одна причина не может служить оправданием игнорирования периостита. Нельзя не понимать серьезности ситуации. Отсутствие ярко выраженной болезненности не должно послужить поводом не обращения к врачу. Если вдруг ее симптоматика стала не так ярко проявляться, значит она просто перешла в более серьёзную и опасную форму, хроническую.

Список литературы

1. Арьева Г.Т. Мелатонин в клиническом обосновании эффективности ксефокама при одонтогенном периостите у пациентов пожилого и старческого возраста : Автореф. дис. . канд. мед. наук. Спб., 2010 — 25 с;
2. Арьева Г.Т. Ксефокам при хроническом периостите у пациентов пожилого и старческого возраста / Г.Т. Арьева, М.М. Соловьёв, А.Л. Арьев // Клиническая геронтология. 2010. - №7(14). — С. 22-29;
3. Вернадский Ю.И. Основы челюстно-лицевой. хирургии и хирургической стоматологии. 3-е изд., перераб. и доп. - М.: Медицинская литература, 2011.-416 с;
4. Биберман Я.М. Острые гнойные периоститы челюстей : Автореф. дис. . канд. мед. наук. М.,2013— 20 с;
5. Ю.Больничный лист (листок нетрудоспособности): Правовые аспекты и комментарии: Сборник официальных документов по состоянию на 1 мая 2007 г / М.А. Шишов, А.И. Ткачёв, М.Ф. Черкасов, И.И. Бабич. Ростов-на-Дону: Феникс, 2010. - 288 с;
6. П.Бондаренко Н.А. Морфо-функциональная характеристика нейтрофильных лейкоцитов при остром одонтогенном периостите : Автореф. дис. . канд. мед. наук. Волгоград, 2011. - 21 с;
7. Брискин Б.С. Опыт применения аугментина (амоксциллин / клавулановая кислота) в хирургической клинике / Б.С. Брискин, Н.Н. Хачатрян, О.Г. Сосновикова // Антибиотики и химиотерапия. 2014. — Т. 45. - №3. — С. 4-6;
8. Бродский С.Е. Профилактика воспалительных осложнений в стоматологии с применением фторхинолонов : Автореф. дисс. . канд. мед. наук. М., 2010. -23 с;
9. Вавилова Т.П. Биохимия тканей и жидкостей полости рта: Учебное пособие. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2011. - 208 с;

10. Волков И.Г. Осложнения; связанные с верхними третьими молярами (патогенез, клиника, лечение): Автореф. дисс. . канд. мед. наук. — Спб, 2010.-18 с;
11. Воспалительные заболевания и травмы челюстно-лицевой области: дифференциальный диагноз, лечение: справочник / А.С. Артюшкевич, А.А. Герасимчук, И.Н. Ковальчук и др. // Под ред. проф. А.С. Артюшкевич. — Минск, 2012.-254 с;
12. Гусоева О.В. Фармакологический анализ применения наружных лекарственных форм метронидазола при экспериментальном воспалении : Автореф. дис. канд. мед. наук. — Курск, 2010: — 24 е.;
13. Димексид и его применение в методиках электрофореза водорастворимых и водонерастворимых препаратов: Методические рекомендации. Свердловск, 2013. - 14 с;
14. Добродеева Л.К. Актуальные проблемы состояния здоровья населения Ненецкого автономного округа: Сборник науч. трудов. Архангельск, 2010
15. Добродеева Л.К. Иммунологическая реактивность человека на Севере: Методические рекомендации. — Архангельск: изд-во облздравотдела, 2010
16. Дурново Е.А. Диагностика и лечение больных с воспалительными заболеваниями челюстно-лицевой области с учётом состояния неспецифической и иммунологической резистентности организма : Автореф. дис. . докт. мед. наук. — М., 2015. 48 с;
17. Дюжикова Е.М. < Физиологические особенности' иммунологической регуляции человека на Севере : Автореф. дисс. . канд. мед. наук. — Архангельск, 2010. — 22 с;
18. <https://ohi-s.com/uchebnik-stomatologa/>
19. <https://ohi-s.com/uchebnik-stomatologa/hronicheskij-periostit/>
20. <http://detstomat-stoskol.belzdrav.ru/services/recomendation9.pdf>