

ВЕРИФИКАЦИЯ ОДОНТОГЕННОГО ОСТЕОМИЕЛИТА ЧЕЛЮСТЕЙ НА ОСНОВЕ РАЗРАБОТАННОЙ В ТГСИ КЛАССИФИКАЦИИ



Азимов М., Азимов А.М.

Ташкентский государственный стоматологический институт

Несмотря на значительные успехи стоматологии, число больных с одонтогенными воспалительными заболеваниями не имеет тенденции к уменьшению [2,13,16]. При этом в последние годы появилась отчётливая тенденция к увеличению частоты атипичных, торпидных форм воспалительных заболеваний с переходом в хронические, выросло количество осложнений и рецидивов этих заболеваний [2,12,14,17], наблюдается их неуклонный рост, утяжеление клинического течения, склонность к генерализации процесса, септическим осложнениями и неблагоприятным исходам [9,11,12,15,18,19]. Попытка систематизировать все формы проявления одонтогенного остеомиелита предпринималась многими авторами, но и до сегодняшнего дня эта задача до конца не решена [1,3,4,5,6,7,10].

Анализ литературы позволяет сделать заключение, что до последнего времени нет единой классификации остеомиелита, не решен вопрос о том, следует ли рассматривать острый и хронический остеомиелит в виде отдельных форм заболевания или это лишь стадии (фазы, периоды) его развития.

Цель исследования

Представить классификацию одонтогенного остеомиелита челюстей, позволяющую сформулировать топический диагноз с указанием локализации, степени распространённости воспалительного процесса в челюсти и прилежащих мягких тканях.

Материал и методы

Под нашим наблюдением в клиниках детской челюстно-лицевой хирургии и взрослой хирургической стоматологии ТГСИ находились 1245 детей и 190 взрослых больных с воспалительными заболеваниями челюстно-лицевой области, 90% больных поступили в клинику по экстренным показаниям. При поступлении в клинику им проводили общеклинические лабораторные анализы, необходимые для оказания неотложной помо-

щи. Все больные осматривались дежурным челюстно-лицевым хирургом, анестезиологом, совместно обсуждался характер вмешательства с учётом анамнеза и объективных данных. Устанавливали клинический диагноз согласно классификации, определялся объём оперативного вмешательства, по показаниям проводились дополнительные специальные исследования. Все больные в остром периоде получали стационарное лечение на протяжении 7-10 дней. По показаниям проводились дополнительные клиничко-лабораторные исследования и коррекция лечения.

Результаты и обсуждение

На кафедре и клинике детской челюстно-лицевой хирургии ТГСИ на протяжении многих лет мы используем классификацию М.М. Соловьёва, в которую внесли дополнения. На основании клиничко-рентгенологической картины нами выделены следующие формы одонтогенного остеомиелита челюстей:

- одонтогенный гнойный остеомиелит,
- одонтогенный деструктивный остеомиелит. К этой группе отнесены больные, у которых демаркация и отторжение некротизированной костной ткани происходит: в области верхней челюсти и альвеолярного отростка нижней челюсти в пределах 4-5 недель; при локализации в области тела и ветви нижней челюсти в пределах 6-8 недель;
- деструктивно-продуктивный одонтогенный остеомиелит – инфекционно-воспалительный процесс, при котором клинические признаки воспаления полностью ликвидируются спустя 6-8 недель от начала заболевания;
- хронический деструктивный одонтогенный остеомиелит (хроническим считаем процесс, который не завершился формированием секвестров к 10-12 неделям);
- хронический деструктивно-продуктивный одонтогенный остеомиелит – длительно текущий инфекционно-воспалительный процесс в челюсти и периосте, характеризующийся пре-

обладанием пролиферативных процессов над деструктивными.

Для четкого представления объема и локализации инфекционно-воспалительного процесса в челюстной кости и прилежащих мягких тканях челюстно-лицевой области выделяем степени их распространенности.

На нижней челюсти выделили три, на верхней – две степени распространенности инфекционно-воспалительных процессов. В свою очередь каждую из них подразделили на 4 подстепени, условно обозначив их буквами А, Б, В, Г (схемы 1, 2). При обследовании больного врач обращает внимание на локализацию гнойного очага в кости и мягких тканях, используя схему, определяет степень распространенности и формулирует предварительный диагноз. Во время оказания неотложной хирургической помощи врач уточняет локализацию гнойных очагов, прилежащих

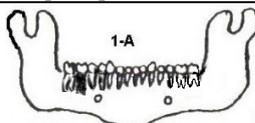
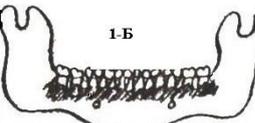
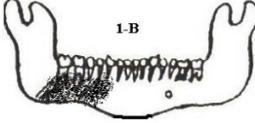
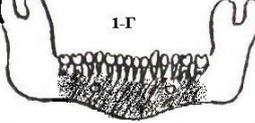
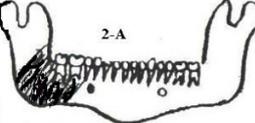
к челюсти, и по состоянию челюстной кости (изменение цвета, вздутия, шероховатости) определяет объем её поражения. Сопоставляя объективные данные, используя схему распространенности инфекционно-воспалительного процесса, можно сформулировать клинический диагноз

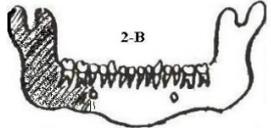
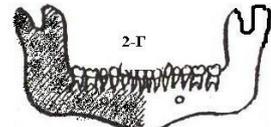
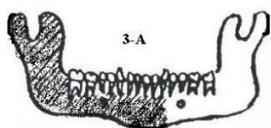
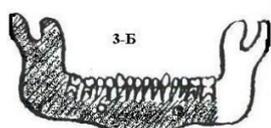
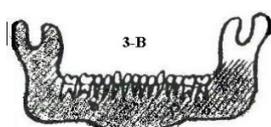
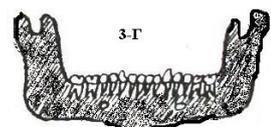
Заключение

Классификация с выделением степеней распространенности инфекционно-воспалительного процесса в челюстях отражает многообразные клинических проявлений одонтогенного остеомиелита. Используя предложенную схему, легко можно сформулировать клинический диагноз, проследить динамику течения процесса, проводить дифференциальную диагностику, планировать адекватное лечение, проводить профилактику осложнений.

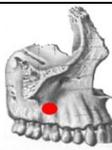
Схема 1

Степени распространенности инфекционно-воспалительных процессов нижней челюсти и прилежащих к ней мягких тканей

Степень распространенности	Локализация	
	в челюсти	В мягких тканях
	I А степень – остит альвеолярного отростка в пределах пародонта одного зуба	Острый и хронический периодонтит, остит, околокорневые кисты, перикоронарит, луночковый остеомиелит, альвеолит
	I Б степень – остеомиелит альвеолярного отростка, в пределах пародонта двух и более зубов	Периостит, воспалительный инфильтрат мягких тканей прилежащих к челюсти, лимфаденит
	I В степень – остеомиелит альвеолярного отростка и тела (правой, левой стороны) нижней челюсти	Флегмона подчелюстной области и щеки, лимфаденит
	I Г степень – остеомиелит тела челюсти в пределах зубного ряда	Флегмона дна полости рта, нередко имеющая тенденцию к распространению в шею и средостение
	II А степень – остеомиелит тела на уровне жевательных зубов и угла нижней челюсти	Флегмоны подчелюстной, крыловидно-челюстной, жевательной областей
	II Б степень – остеомиелит тела, угла и 1/2 восходящей ветви челюсти	Флегмоны подчелюстной, подподбородочной, подъязычной, окологлоточной, крыловидно-челюстной, жевательной, областей

	<p>II Б степень – остеомиелит дистальной части тела, угла и всей ветви нижней челюсти (с мышелковым отростком)</p>	<p>Флегмоны подчелюстной, позадичелюстной, крыловидно-челюстной, околоушно-жевательной областей</p>
	<p>II Г степень – остеомиелит (правой, левой стороны) нижней челюсти (от мышелкового отростка до центральной линии)</p>	<p>На поражённой стороне нижней челюсти разлитые флегмоны многих пространств лица, с тенденцией к распространению на противоположную сторону</p>
	<p>III А степень – остеомиелит половины нижней челюсти с вовлечением противоположной стороны на уровне фронтальных зубов</p>	<p>Разлитые флегмоны многих пространств лица на стороне поражения челюсти с тенденцией к распространению на противоположную</p>
	<p>III Б степень – остеомиелит половины нижней челюсти с вовлечением тела противоположной стороны в пределах зубного ряда</p>	<p>Разлитые флегмоны многих пространств, прилежащих к нижней челюсти: дно полости рта, крыловидно-челюстное окологлоточное пространство, с тенденцией к распространению во влагалище сосудисто-нервного пучка шеи и средостение</p>
	<p>III В степень – остеомиелит всей нижней челюсти (за исключением суставного и венечным отросткам на одной стороне)</p>	<p>Разлитые флегмоны многих пространств, прилежащих к нижней челюсти: дно полости рта, крыловидно-челюстное окологлоточное пространство, с тенденцией к распространению во влагалище сосудисто-нервного пучка шеи и средостения</p>
	<p>III Г степень – остеомиелит всей нижней челюсти</p>	<p>Разлитые флегмоны многих пространств, прилежащих к нижней челюсти: дно полости рта, крыловидно-челюстное окологлоточное пространство, с тенденцией распространения во влагалище сосудисто-нервного пучка шеи и средостения</p>

Степени распространённости инфекционно-воспалительных процессов верхней челюсти и прилежащих к ней мягких тканей

Степень распространённости	Локализация	
	в челюсти	в мягких тканях
 1А	В пределах пародонта причинного зуба: острый и хронический остит, перикоронарит, луночковый остео миелит, альвеолит	Периостит, лимфаденит
 1Б	Альвеолярный отросток в пределах пародонта двух и более зубов	Периостит с двух сторон альвеолярного отростка, лимфаденит
 1В	Инфекционно-воспалительный процессы альвеолярного и небного отростков верхней челюсти	Периостит, абсцесс нёба
 1Г	Инфекционно-воспалительный процесс передней поверхности верхней челюсти и небного отростка	Периостит, абсцесс или флегмона подглазничной области и нёба
 2А	Диффузный инфекционно-воспалительный процесс альвеолярного, небного, скулового отростков и передней поверхности тела верхней челюсти, скуловой кости	Абсцесс и флегмоны подглазничной области, щеки и нёба
 2Б	диффузный инфекционно-воспалительный процесс всех отростков челюсти, передней и глазничной поверхности и прилежащих мягких тканей	подглазничной, щёчной, носо-губной областей, нёбный абсцесс
2 В	Инфекционно-воспалительный процесс альвеолярного, небного отростков, подвисочной и передней поверхностей верхней челюсти	Периостит верхней челюсти, флегмоны подглазничной, щёчной, подвисочной областей, абсцесс нёба
 2Г	Инфекционно воспалительный процесс альвеолярного, небного, скулового отростков, подвисочной, передней глазничной поверхностей верхней челюсти, скуловой кости и верхнечелюстной пазухи	Флегмона орбиты, подглазничной, щёчной, скуловой подвисочной областей, абсцесс нёба, острый гнойный гайморит

Литература

1. Азимов М., Ризаев, Ж.А. Азимов А.М Новый подход к классификации воспалительных заболеваний периапикальных тканей. /Stomatologiya № 3, 2019.- С.56-61.
2. Байриков И.М., Монаков В.А., Савельев А.Л., Монаков Д.В. Клинический анализ заболеваемости одонтогенными флегмонами челюстно-лицевой области по данным отделения челюстно-лицевой хирургии клиник Самарского государственного медицинского университета // Медицинский журнал прикладных и фундаментальных исследований № 11, 2014- С.100-104.
3. Васильев Г.А. О классификации одонтогенных воспалительных заболеваниях челюстей “Стоматология”.-1953 №1 – С.28-39.
4. Воспалительные заболевания челюстно-лицевой области и шеи: (Руководство для врачей) / под ред. Проф. Шаргородского А.Г., М.: Медицина.- 1985. -С.352.
5. Григорьян А.С. О патогенезе костных воспалительных процессов. Стоматология.-1973№1.-С.1-7.
6. Евдокимов А.И., Васильев Г.А. учебник “Хирургическая стоматология” М. 1964.- 478 с.
7. Лукьяненко В.И. Остеомиелиты челюстей Л. Медицина 1986.- 184 с.
8. Походенко – Чудакова И.О., Казакова Ю.М., Вербицкая А.А.(2011). Системный воспалительный ответ при одонтогенных гнойно – воспалительных процессах челюстно-лицевой области. /Современная стоматология №2, 2011.- С.75-76.
9. Робустовой Т.Г. “Хирургическая стоматология” учебник// под редакцией Робустовой Т.Г.М: Медицина.- 2003. – 215 с.
10. Соловьёв М.М., Худояров И. Одонтогенные воспалительные заболевания челюстей и прилежащих тканей. Т.: «Медицина», 1979. - 164 с.
11. Тимофеев А.А. Руководство по челюстно-лицевой хирургии и хирургической стоматологии. Киев - 2002. - С.323-330.
12. Фомичёв Е.В., Робустова Т.Г. //Рос.стом. журнал – 2003 /-№4. - С. 18-21.
13. Хасанов А.И. Новые аспекты патогенетической терапии воспалительных заболеваний челюстно -лицевой области у детей. Автореферат дис.док. мед. наук Ташкент, 2010. – С.34.
14. Takai S, Kuriyama T, Yanagisawa M, et al. Incidence and bacteriology of bacteremia associated with various oral and maxillofacial surgical procedures. Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod 2005; 99:292.
15. Хирургическая стоматология: Учебник / (Афанасьев В.В. и др.) под общей редакцией Афанасьева В.В.-М.: ГЭОТАР, 2010. – С.880.
16. Шомуратов К.Э. Оптимизация лечения больных одонтогенными флегмонами челюст-

но-лицевой области методом использования низкочастотного ультразвука. Конференция молодых учённых ТМА-Ташкент, 2011. - С.412-413.

РЕЗЮМЕ. В последние годы число больных с одонтогенными воспалительными заболеваниями значительно увеличилось, наблюдается утяжеление клинического течения заболевания, склонность к генерализации процесса, септическим осложнениями и неблагоприятным исходам. Одонтогенный остеомиелит челюстей многообразен в своем проявлении. Используемые классификации не учитывают локализацию и распространённость инфекционно-воспалительного процесса в челюсти и прилежащих мягких тканях. Это создаёт определённые трудности в топической диагностике, при планировании лечения, прогнозировании исходов заболевания. Авторами ранее (1991) была разработана и в последующие года (2019) дополнена и на протяжении многих лет используется классификация, которая включает форму заболевания, объём поражения и локализацию патологического процесса. По заключению авторов, используя предложенную схему, можно легко сформулировать клинический диагноз, проследить динамику течения процесса, проводить дифференциальную диагностику, планировать адекватное лечение и профилактику осложнений.

Ключевые слова: одонтогенные воспалительные заболевания, генерализация процесса, классификация, дифференциальная диагностика.

SUMMARY. Publications from the past years indicate that in recent years the number of patients with odontogenic inflammatory diseases has increased significantly, there is an increase in the severity of the clinical course, a tendency to generalize the process, septic complications and an unfavorable outcome. Odontogenic osteomyelitis of the jaws is diverse in its manifestation. The classifications used do not take into account the localization and prevalence of the infectious and inflammatory process in the jaw and adjacent soft tissues. This creates certain difficulties in topical diagnosis, treatment planning, and predicting disease outcomes. The authors earlier (1991) developed and in subsequent years (2019) supplemented and for many years has been using a classification that includes the form of the disease, the volume of the lesion and the localization of the pathological process. According to the authors' conclusion, using the proposed scheme, one can easily formulate a clinical diagnosis, trace the dynamics of the process, carry out differential diagnostics, plan adequate treatment and prevention of complications.

Key words: odontogenic inflammatory diseases, generalization of the process, classification, differential diagnosis.