

© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 2015

УДК 616.31-002.1-036.1

Романенко И.С., Конев С.С., Гандылян К.С., Карпова Е.Н., Баландина А.В., Апазуни А.Э.

КЛИНИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАЗЛИЧНЫХ ВАРИАНТОВ ТЕЧЕНИЯ ОСТРЫХ ОДОНТОГЕННЫХ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

Кафедра хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии ФГБУ ВПО «Ставропольский государственный медицинский университет» Минздрава России, 355017, г. Ставрополь

Проведенное исследование показало, что все клинические варианты течения острого одонтогенного воспалительного заболевания (ООВЗ) имели признаки регионарного лимфаденита. При периостите в процесс вовлекались преимущественно подчелюстные, щечные и значительно реже околоушные лимфатические узлы. Воспалительный процесс при остеомиелите затронул преимущественно от 2 до 4 лимфатических узлов, в то время как при флегмоне практически у всех пациентов развивалась лимфаденопатия всех регионарных лимфатических узлов. Изучение состояния жевательной мускулатуры во многом зависело как от выраженности течения ООВЗ, так и от возможной локализации процесса, что наиболее значимо проявлялось при флегмонах. В ходе исследования установлено, что синдром поражения мягких тканей челюстно-лицевой области при различных клинических вариантах течения ООВЗ у пациентов с периоститом и остеомиелитом соответствовал II степени, при флегмоне - III степени поражения.

Ключевые слова: периостит; остеомиелит; флегмона; острое одонтогенное воспалительное заболевание.

Для цитирования: Российский стоматологический журнал. 2015; 19(6): 30–33.

Romanenko I.S., Konev S.S., Gandylyan K.S., Karpova E.N., Balandina A.V., Apaguni A.E.

CLINICAL CHARACTERISTICS OF DIFFERENT VARIANTS OF ACUTE ODONTOGENIC INFLAMMATORY DISEASES

FSI HPT Stavropol State Medical University Health Ministry RF, Department of Operative Dentistry and Maxillofacial Surgery, 355017, Russia, Stavropol

In all clinical variants acute odontogenic inflammatory diseases showed signs of regional lymphadenitis. When periostitis in the process involves mainly submandibular, buccal, and much less parotid lymph nodes. The inflammatory process got involved in osteomyelitis preferably from 2 to 4 lymph nodes, whereas in phlegmon virtually all patients develop lymphadenopathy all regional lymph nodes. Investigation of the chewing muscles depended largely on how the severity of the current acute odontogenic inflammatory diseases and on the possible location of the most significant was manifested when phlegmons. The study indicates that the soft tissue syndrome maxillofacial area at various clinical variants acute odontogenic inflammatory diseases quantitatively measured at periostitis and osteomyelitis was Grade II, with flegmona - III degree of damage.

Key words: periostitis; osteomyelitis; flegmona; acute odontogenic inflammatory disease.

Citation: Rossiyskiy stomatologicheskii zhurnal. 2015; 19(6): 30–33.

Введение

Острые одонтогенные воспалительные заболевания (ООВЗ) представляют собой важную медицинскую проблему в клинической практике хирургической стоматологии, если учесть, что частота данных заболеваний крайне высока [1–8]. В общей структуре стоматологических заболеваний частота воспалительных процессов в челюстно-лицевой области (ЧЛО) колеблется в пределах 55–65% [9], а в структуре острых гнойно-воспалительных заболеваний ЧЛО достигает 69,5% и в настоящее время имеет тенденцию к увеличению их удельного веса [1–4, 9, 10].

В этой связи исследование клинико-функционального состояния пациентов с ООВЗ позволяет выбрать оптимальную терапию для пациентов с данной патологией, в основе которой лежит предупреждение косметических дефектов мягких тканей лица и функционального состояния мимической мускулатуры, а также достижение полноценного функционирования всех трофотропных систем и механизмов.

Цель работы – сопоставить клиническую характеристику различных вариантов течения ООВЗ.

Материал и методы

Обследован 91 больной ООВЗ. Клиническое и инструментальное обследование проводилось на базе отделения челюстно-лицевой хирургии больницы скорой медицинской

помощи Ставрополя. Группу контроля составили 30 практически здоровых лиц. Из исследования были исключены пациенты с нейропатией лицевого и тройничного нервов.

Диагностика ООВЗ предусматривала предварительное клинико-рентгенологическое обследование, в ходе которого в зависимости от степени вовлечения в воспалительный процесс костных и окружающих мягких тканей лица все пациенты были разделены на 3 базовые группы. В 1-ю группу вошли пациенты, у которых был диагностирован острый одонтогенный периостит ($n = 25$), во 2-ю – пациенты с остеомиелитом ($n = 30$ человек), в 3-ю – пациенты с остеомиелитом, осложненным флегмоной ЧЛО ($n = 36$). Средний возраст пациентов с периоститом составил $30,5 \pm 1,43$ года, с остеомиелитом – $26,2 \pm 1,76$ года, с флегмоной – $41,3 \pm 2,02$ года, лиц контрольной группы – $36,2 \pm 1,87$ года. Среди обследованных больных периоститом преобладали женщины (64%), среди больных остеомиелитом и флегмоной – мужчины (соответственно 56,7 и 58,3%).

Результаты и обсуждение

Исследование показало, что в начальных стадиях ООВЗ определялась болезненность при перкуссии причинного зуба при периостите у 22 (88%) пациентов, при остеомиелите – у 18 (60%), при флегмоне – у 15 (41,7%) пациентов. У 22 (88%) больных периоститом причинный зуб сначала был неподвижен. По мере обострения инфекционно-воспалительного процесса он расшатывался. Подвижность причинного зуба при остеомиелите была отмечена в 20 (66,7%) случаях, при флегмоне – в 25 (69,4%) случаях. Слизистая оболочка переходной складки и десна в области зубов были гиперемиро-

Для корреспонденции: Карпова Елена Николаевна, E-mail: karpov25@mail.ru

For correspondence: Karpova Elena, E-mail: karpov25@mail.ru

Таблица 1. Клиническая характеристика различных вариантов течения ООВЗ

Клинические признаки	Количество пациентов в группах, n (%)		
	периостит (n = 25)	остеомиелит (n = 30)	флегмона (n = 36)
Подвижность причинного зуба	3 (12%)	19 (63,3)	24 (66,7)
Перкуторная болезненность причинного зуба	21 (84)	17 (56,7)	14 (38,9)
Воспалительная реакция слизистой оболочки полости рта:			
локальная	20 (80)	4 (13,3)	1 (2,8)
распространенная	5 (20)	26 (86,7)	35 (97,2)
Воспалительная реакция мягких тканей:			
отек	16 (64)	8 (26,7)	-
инфильтрат и флюктуация в отечной ткани	8 (32)	21 (70)	36 (100)
Лимфаденопатия лимфатических узлов:			
подчелюстных	20 (80)	21 (70)	29 (80,6)
щечных	16 (64)	17 (56,7)	33 (91,7)
околоушных	2 (8)	8 (26,7)	33 (91,7)
верхнешейных	1(4)	1 (3,3)	29 (80,6)
Состояние жевательной мускулатуры:			
интактная	23 (92)	12 (40)	2 (5,6)
боль при акте жевания	2 (8)	17 (56,7)	33 (91,7)
болезненность при пальпации	2 (8)	15 (50)	30 (83,3)
контрактура	-	15 (50)	36 (100)

ваны, отечны, при пальпации появлялась резкая болезненность. Следует отметить, что при периостите эта реакция была более локальной и отмечалась в 19 (78%) случаях, в то время как при остеомиелите и флегмоне она захватывала несколько зубов или практически всю половину челюсти – у 26 (86,7%) и 36 (100%)

Периостит в большинстве случаев (64%) сопровождался отечностью мягких тканей и сглаженностью переходной складки, что приводило к изменению конфигурации формы лица с последующим формированием поднадкостничного абсцесса. Если причинным зубом был клык верхней челюсти, отек преимущественно затрагивал подглазничную и щечную области, угол рта, крыло носа, а в ряде случаев нижнее веко (8%). При вестибулярной локализации поднадкостничного абсцесса верхней челюсти в области центральных и боковых резцов отек определялся на крыльях носа и верхней губе (8%). В 2 (8%) случаях при локализации поднадкостничного абсцесса с небной стороны премоляров воспалительный инфильтрат чаще всего распространялся на соответствующую половину твердого неба. При вовлечении бокового и центрального резцов отек преимущественно захватывал передний отдел твердого неба с обеих сторон от средней линии (8%). При вовлечении в процесс моляров затрагивались ткани крыловидно-челюстной складки, слизистая оболочка мяг-

кого неба и передняя небная дужка (8%). В случае поражения первого большого коренного зуба верхней челюсти и малых коренных зубов отек распространялся на подглазничную, щечную, скуловую области, верхнюю губу, нижнее веко, при этом отмечалось сглаживание носогубной складки с опусканием угла рта, что составило 5 (20%) случаев. В области больших коренных зубов 2 и 3 верхней челюсти при гнойно-воспалительном очаге определялась отечность щечной, скуловой, височной и верхнего отдела околоушно-жевательной областей (8%). Если источником инфекции локализовался в клыках или премолярах, при периостите нижней челюсти отек распространялся на нижнюю губу с опусканием угла рта, а также на нижний и средний отделы щечной области и поднижнечелюстную область, что было отмечено в 5 (20%) случаях. Если причинным зубом являлся моляр, при периостите нижней челюсти отек захватывал околоушно-жевательную, поднижнечелюстную области со сглаженностью контура нижнего края и угла нижней челюсти, а также крылочелюстное пространство, нижний и средний отделы щечной области (20%).

При остеомиелите челюсти в глубине отечной ткани в 21 (70%) случае пальпировался инфильтрат, а при флегмоне во всех случаях появлялся симптом флюктуации. Кроме того, у 26 (86,7%) пациентов с остеомиелитом определялся симптом

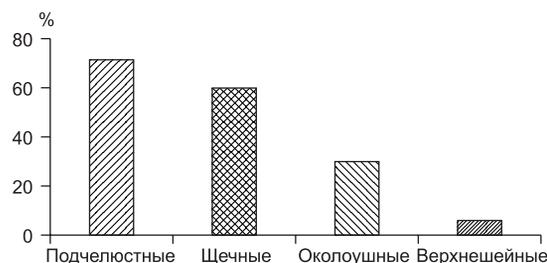


Рис. 1. Вовлечение в воспалительный процесс лимфатических узлов при остеомиелите (в %).

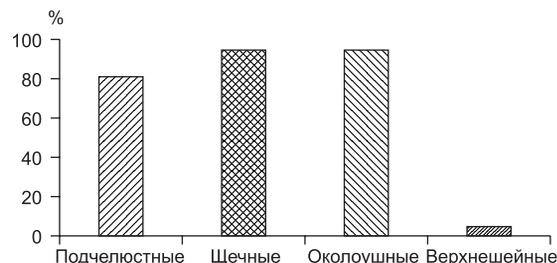


Рис. 2. Вовлечение в воспалительный процесс лимфатических узлов при флегмоне (в %).

Таблица 2. Анатомо-топографическая локализация острых одонтогенных флегмон

Локализация острых одонтогенных флегмон	Количество больных в группе	
	абс.	%
Крылонёбная ямка и подвисочная область	1	2,8
Дно полости рта	1	2,8
Крылочелюстное пространство	14	38,9
Подглазничная область	2	5,6
Околоушно-жевательная область	2	5,6
Щечная область	2	5,6
Поднижнечелюстная область	12	33,3
Подподбородочная область	2	5,6
В с е г о...	36	100

Венсана с анестезией или парестезиями в области половины нижней губы и подбородка при воспалении. В его основе лежит сдавление или разрыв волокон нижнего альвеолярного нерва, обусловленный патологическими изменениями тканей нижней челюсти.

При всех клинических вариантах течения ООВЗ были выявлены признаки регионарного лимфаденита. Так, при периостите в 20 (80%) случаях в процесс вовлекались преимущественно подчелюстные, у 16 (64%) больных щечные и значительно реже – в 2 (8%) случаях - околоушные лимфатические узлы.

Воспалительный процесс при остеомиелите распространялся преимущественно на 2 – 4 лимфатических узла с различным процентным соотношением количества больных (рис. 1).

Как видно из рисунка, наиболее часто вовлекались подчелюстные, щечные и околоушные лимфатические узлы. При флегмоне практически у всех пациентов развивалась лимфаденопатия всех регионарных лимфатических узлов (рис. 2).

Исследование состояния жевательной мускулатуры во многом зависело как от выраженности ООВЗ (при периостите интактная у 23 (92%) больных), так и от возможной локализации процесса, что наиболее значимо проявлялось при флегмонах. В половине случаев у пациентов с остеомиелитом появлялась болезненность при пальпации жевательных мышц и умеренно выраженная миалгия мышц височно-нижнечелюстного сустава, сопровождавшаяся болезненностью, а в ряде случаев и сильной болью при жевании. Следует отметить, что подобные признаки выявлялись у всех пациентов с флегмоной. Однако боль в жевательных мышцах, несмотря на мышечно-тонические проявления, определялась у 31 (86,1%) пациента, что являлось следствием локализации гнойно-воспалительного процесса. Анатомо-

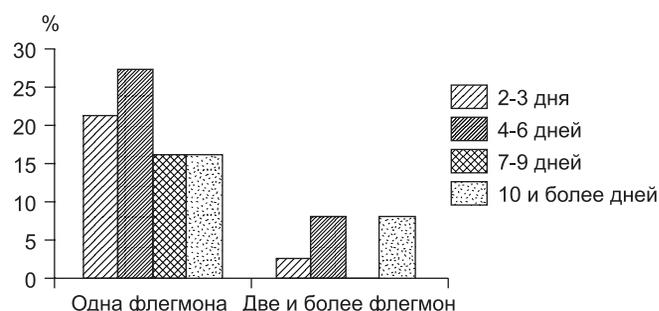


Рис. 3. Зависимость количества флегмон от продолжительности заболевания (в %).

топографическая локализация острых одонтогенных флегмон представлена в табл. 2.

Наиболее частой локализацией острых одонтогенных флегмон было крыловидно-челюстное пространство, на долю которого приходилось 14 (38,9%) случаев, и поднижнечелюстная область – 12 (33,3%) пациентов.

В нашем исследовании флегмона крылочелюстного пространства являлась следствием острого остеомиелита угла и ветви челюсти при осложнениях периодонтитов моляров и характеризовалась резкой болью при попытке открывания рта, глотании, а также контрактурой жевательных мышц. При данном виде ООВЗ асимметрия лица была умеренной, так как сформировавшийся инфильтрат располагался за ветвью нижней челюсти. Флегмона околоушно-жевательной области в 2 (5,6%) случаях развивалась при распространении инфекционного процесса от моляров нижней челюсти. В дебюте ООВЗ инфильтративный процесс был скрыт преимущественно жевательными мышцами, вследствие чего определялась отчетливая пальпаторная болезненность жевательных мышц и их контрактура. Флегмона поднижнечелюстной области преимущественно характеризовалась болезненностью при глотании и открывании рта, припухлостью поднижнечелюстного треугольника и контрактурой височно-нижнечелюстного сустава. Флегмона подглазничной области в 2 (5,6%) случаях развивалась вследствие инфицирования от клыка или премоляра верхней челюсти. Инфильтративный процесс распространялся на боковую поверхность носа, верхнюю губу, нижнее веко. При флегмоне подподбородочной области в 2 случаях причиной инфекции было распространение процесса из подчелюстной и подъязычной областей. Обратило на себя внимание то, что флегмона щечной области в 2 случаях развивалась как осложнение периодонтита премоляров, моляров и сопровождалась отеком века, верхней губы, щеки и значительным ограничением открывания рта. У 1 пациента флегмона крылонёбной ямки и подвисочной области развивалась вследствие осложнения периодонтита зубов 7 и 8 верхней челюсти и сопровождалась отеком височной и околоушно-жевательной области и контрактурой жевательных мышц. В другом случае при флегмоне дна полости рта воспалительный процесс распространялся из инфекционных очагов в области премоляров, при остеомиелите нижней челюсти. В этом случае определялась припухлость подчелюстной, подподбородочной и подъязычной областей, сопровождавшаяся болезненным и затрудненным жеванием и глотанием.

У 7 (19,4%) пациентов с острой одонтогенной флегмоной ЧЛО были обнаружены 2 и более флегмоны, преимущественно в поздних стадиях заболевания: на 2–3-й день у 1 (2,8%) пациента, на 4–6-й день у 3 (8,3%), на 10-й день и позже у 3 (8,3%) пациентов в группе (рис. 3).

Исследование показало, что на синдром поражения мягких тканей ЧЛО при различных клинических вариантах течения ООВЗ в количественном измерении при периостите приходилось $9,9 \pm 0,04$ балла, что соответствовало II степени поражения, при остеомиелите – $13,6 \pm 0,03$ балла (II степень поражения), при флегмоне – $20,4 \pm 0,04$ балла (III степень). Результаты представлены в табл. 3.

При клинической оценке состояния мимической мускулатуры (нижней порции) установлено, что у 29 (80,6%) боль-

Таблица 3. Степень поражения мягких тканей ЧЛО у пациентов с различными вариантами течения ООВЗ

Группа больных	Степень поражения мягких тканей, баллы		p_2	p_3
	M	m		
Периостит	9,9	0,04	< 0,04	< 0,005
Остеомиелит	13,6	0,03	> 0,05	< 0,05
Флегмона	20,4	0,04	> 0,05	> 0,05

Таблица 4. Клиническое состояние мимической мускулатуры при различных вариантах течения ООВЗ

Клиническое состояние нижней порции мимической мускулатуры	Количество больных в группах, n (%)		
	периостит (n = 25)	остеомиелит (n = 30)	флегмона (n = 36)
Носогубные складки симметричны при оскале	9 (36)	-	-
Асимметрия носогубных складок в покое при симметричном оскале	13 (52)	9 (30)	-
Асимметрия оскала	3 (12)	18 (60)	7 (19,4)
Невозможность оскала с больной стороны	-	3 (10)	29 (80,6)

ных с флегмоной ЧЛЮ наиболее выраженные нарушения проявлялись резким затруднением оскаливания зубов с больной стороны. При остеомиелите в 18 (60%) случаях чаще всего выявлялась асимметрия носогубных складок при оскаливании зубов. В то же время при периостите в 13 (52%) случаях визуально определялась сглаженность носогубной складки с больной стороны, что чаще наблюдалось при периостите верхних премоляров или резцов. Результаты представлены в табл. 4.

Во всех случаях клиническая картина различных вариантов течения ООВЗ сопровождалась общей воспалительной реакцией и интоксикацией с резким подъемом температуры, диффузной головной болью, выраженной общей слабостью, нарушением аппетита и диссомнией, а также воспалительными изменениями крови с наличием лейкоцитоза со сдвигом влево, высокой СОЭ и т. д.

Заключение

При всех клинических вариантах течения ООВЗ были выявлены признаки регионарного лимфаденита. При периостите в процесс вовлекались преимущественно подчелюстные, щечные и значительно реже околоушные лимфатические узлы, при остеомиелите - преимущественно от 2 до 4 лимфатических узлов, в то время как при флегмоне практически у всех пациентов развивалась лимфаденопатия всех регионарных лимфатических узлов.

Исследование состояния жевательной мускулатуры во многом зависело как от выраженности течения ООВЗ, так и от возможной локализации процесса, что наиболее значимо проявлялось при флегмонах.

Проведенное исследование показало, что синдром поражения мягких тканей ЧЛЮ при различных клинических вариантах течения ООВЗ в количественном измерении при периостите и остеомиелите соответствует II степени, при флегмоне – III степени поражения.

ЛИТЕРАТУРА

1. 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. *Международный журнал прикладных и фундаментальных исследований*. 2014; 11: 100–4.
2. Карпов С.М., Мосиенко Е.М. Показатели временной нетрудоспособности у больных с одонтогенными воспалительными

заболеваниями. *Вестник медицинского стоматологического института*. 2009; 1: 15–7.

3. Карпов С.М., Христофорандо Д.Ю., Семенов Р.Р., Хатуяева А.А. Структура и особенности диагностики неврологических проявлений у пациентов с челюстно-лицевой травмой по данным челюстно-лицевого отделения Ставрополя. *Стоматология*. 2014; 4 (93): 27–9.
4. Порфириадис М., Сашкина Т., Шулаков В., Караков К., Бирулев А. Обоснование иммуномодулирующей терапии при вялотекущих одонтогенных флегмонах. *Врач*. 2010; 7: 72–4.
5. Христофорандо Д.Ю., Карпов С.М., Батуринов В.А., Гандьян К.С. Особенности течения сочетанной челюстно-лицевой травмы. *Институт стоматологии*. 2013; 2 (59): 59–61.
6. Яхьяев С.Х., Хадж Е.А.С., Долгова И.Н., Карпов С.М. Основные причины и распространенность хронических болевых синдромов среди неврологических больных. *Международный научно-исследовательский журнал*. 2013; 10–5 (17): 39.
7. Dražić R, Jurišić M, Marković A, Colić S, Gačić B, Stojčev-Stajčić L. C-reactive protein as an inflammatory marker in monitoring therapy effectiveness of acute odontogenic infections. *Srp Arh Celok Lek*. 2011; 139 (7–8): 446–51.
8. Mehra H, Gupta S, Gupta H, Sinha V, Singh J. Chronic suppurative osteomyelitis of mandible: a case report. *Craniomaxillofac Trauma Reconstr*. 2013; 6 (3): 197–200.
9. Тер-Асатуров Г.П. Некоторые вопросы патогенеза одонтогенных флегмон. *Стоматология*. 2005; 84 (1): 20–7.
10. Карпов С.М., Мосиенко Е.М. Иммунологическая реактивность у больных с острыми одонтогенными воспалительными заболеваниями. *Клиническая неврология*. 2009; 2: 3–5.

Поступила 23.07.15

REFERENCES

1. Bayrikov I. M., Monakov V.A., Savel'ev A. L., Monakov D. V. Clinical analysis of the incidence of odontogenic phlegmon of the maxillofacial area according to the Department of oral and maxillofacial surgery clinics of Samara state medical University. *Mezhdunarodnyy zhurnal prikladnykh i fundamental'nykh issledovaniy*. 2014; 11: 100–4. (in Russian)
2. Karpov S. M., Mosienko M. E. Indicators of temporary disability of patients with odontogenic inflammatory diseases. *Vestnik meditsinskogo stomatologicheskogo instituta*. 2009; 1: 15–7. (in Russian)
3. Karpov S. M., Christoforidou D. Yu., Semenov R. R., Hatoyama A. A. the Structure and features of diagnostics of neurological manifestations in patients with maxillofacial trauma according to the maxillofacial Department of Stavropol. *Stomatologiya*. 2014; 4 (93): 27–9. (in Russian)
4. Porfyriadis M., Sashkina T., V. Shulakov, K. Karakov, Birulev A. Rationale for immunomodulatory therapy in indolent odontogenic phlegmon. *Vrach*. 2010. 7: 72–4. (in Russian)
5. Christoforando D. Yu., Karpov S. M., Baturin V. A., K. S. Gandylyan the course of concomitant maxillofacial injuries. *Institut stomatologii*. 2013; 2 (59): 59–61. (in Russian)
6. Yakhyayev S. Kh., Khadz E.A.S., Dolgova I.N., Karpov S. M. Major causes and the prevalence of chronic pain syndromes among patients with neurological diseases. *Mezhdunarodnyy nauchno-issledovatel'skiy zhurnal*. 2013; 10–5 (17): 39. (in Russian)
7. Dražić R, Jurišić M, Marković A, Colić S, Gačić B, Stojčev-Stajčić L. C-reactive protein as an inflammatory marker in monitoring therapy effectiveness of acute odontogenic infections. *Srp. Arh. Celok Lek*. 2011; 139 (7–8): 446–51.
8. Mehra H, Gupta S, Gupta H, Sinha V, Singh J. Chronic suppurative osteomyelitis of mandible: a case report. *Craniomaxillofac Trauma Reconstr*. 2013; 6 (3): 197–200.
9. Ter-Asaturov G. P. Some questions of the pathogenesis of odontogenic phlegmons. *Stomatologiya*. 2005; 84 (1): 20–7. (in Russian)
10. Karpov S. M., Mosienko, E. M. Immunological reactivity in patients with acute odontogenic inflammatory diseases. *Klinicheskaya neurologiya*. 2009; 2: 3–5. (in Russian)

Received 23.07.15