

ний не наблюдалось. Какого-либо побочного действия хлорида лития на полость рта у больных также не отмечено.

Таким образом, использование способности хлорида лития растворять зубной камень весьма перспективно в лечении заболеваний пародонта.

ЛИТЕРАТУРА

1. Иванов В. С. В кн.: Заболевания пародонта. М., 1981.—2. Иванов В. С., Баранникова И. А. Стоматология, 1978, 3.—3. Иванов В. С., Рычков В. С. Там же, 1973, 1.—4. Рыбаков А. И. Основы стоматологической профилактики. М., Медицина, 1968.—5. Addi M., Wright J. clin. Periodont, 1978, 3.—6. Borysewicz M., Kobylanska M., Magas A. Czasopismo stomatologiczne. Varschawa, 1976, tom XXIX.—7. Kremers J., Lampert F., Dtsch. Zahnärzte, Z., 1979, 4.

Поступила 13 сентября 1983 г.

УДК 616.314—06:616—002.4.

ОДОНТОГЕННЫЕ ОСТЕОМИЕЛИТЫ ЧЕЛЮСТЕЙ И ИХ ОСЛОЖНЕНИЯ

Ф. С. Хамитов, Я. З. Эпштейн, М. П. Эдигер

Кафедра хирургической стоматологии (зав.—доктор мед. наук Ф. С. Хамитов) Казанского института усовершенствования врачей им. В. И. Ленина, Республиканская клиническая больница (главрач—канд. мед. наук М. В. Буйлин) МЗ ТАССР

Проблема острой одонтогенной инфекции продолжает оставаться актуальной и в наши дни. У больных стоматологического профиля, находящихся на амбулаторном лечении, одонтогенная инфекция является основной причиной длительной нетрудоспособности. В последние годы тяжелые формы острой одонтогенной инфекции встречаются чаще, чем 10—15 лет назад. Как правило, они сопровождаются развитием таких серьезных осложнений, как сепсис, тромбоз синусов твердой мозговой оболочки, медиастинит. Несколько увеличился процент летальных исходов при острой одонтогенной инфекции [1—3].

Мы изучали одонтогенные остеомиелиты челюстей и их осложнения у 63 больных, находившихся на стационарном лечении в челюстно-лицевом отделении Республиканской клинической больницы в 1981 г. Возраст больных составлял 20—40 лет. Острый одонтогенный остеомиелит был у 38 человек, хронический — у 25. Больные с острым одонтогенным остеомиелитом челюсти, как правило, поступали в стационар на 5—6-й день от начала заболевания. У 10 из них острый одонтогенный процесс протекал с тяжелыми осложнениями. Флегмона дна полости рта развилась у 6 больных, флегмона крылонебной ямки, подвисочной ямки и височной области — у 1, флегмона окологлоточного пространства — у 3. У 4 больных острая одонтогенная инфекция осложнилась септическим процессом, а у 3 из них возник передний медиастинит.

Комплексное лечение больных с острой одонтогенной инфекцией и ее осложнениями начинали с момента их поступления в стационар. Оно заключалось в устранении источника инфекции — «причинного зуба» и в широком хирургическом вмешательстве на мягких тканях, окружающих челюсть, в зависимости от локализации гнойного очага. Хирургическое вмешательство сочетали с активной антибактериальной, дезинтоксикационной и десенсибилизирующей терапией. Проводили мероприятия, восстанавливающие гомеостаз основных функциональных систем организма. Общеукрепляющее и стимулирующее лечение, включающее воздействие физическими факторами, было направлено на нормализацию иммунологического статуса организма.

Приводим клиническое наблюдение за течением осложненного остеомиелита верхней челюсти.

Г., 24 лет, поступил в челюстно-лицевое отделение РКБ 12/II 1981 г. с жалобами на боль и припухлость в области верхней челюсти слева, головную боль. Больным себя считает с 8/II, когда заболел зуб на верхней челюсти слева и появилась при-

пухлость. В поликлинике по месту жительства зуб был удален и произведен разрез по переходной складке, но улучшения не последовало. Был направлен на стационарное лечение. В анамнезе у больного — непереносимость к пенициллину.

При поступлении имелась асимметрия лица слева за счет отека мягких тканей височной, щечной и инфраорбитальной областей. Кожа над отеком гиперемирована, болезненна при пальпации, отмечалось местное повышение температуры. Открывание рта ограничено до 1,5—2 см. Слизистая оболочка в области альвеолярного отростка и переходной складки в зоне 6 и 8-го зубов справа в верхней челюсти отечна, гиперемирована, переходная складка сглажена. 5 и 7-й зубы той же зоны удалены, лунки заполнены густками. По переходной складке имеется рана длиной 1,5 см, дренированная марлевой турундой.

Анализ крови: Hb — 1,95 ммоль/л, л. — $10,7 \cdot 10^9$ в 1 л. э. — 2%, п. — 6%, с. — 77%, лимф. — 11%, мон. — 4%, СОЭ — 50 мм/ч.

В моче обнаружен белок — 0,231 г/л.

Клинический диагноз: острый одонтогенный остеомиелит верхней челюсти слева, осложненный флегмоной крылонебной и подвисочной ямок, височной области.

Под местной анестезией произведен разрез кожи по ходу скуловой дуги. Тупым путем осуществлен доступ в подвисочную область, получен гной в небольшом количестве. Рана дренирована турундами с мазью Вишневского. Больному был назначен антибиотик широкого спектра действия — кефзол. После его приема у больного появился сильный озноб и гипертермия (до 40°). Кефзол был отменен. В результате проведенного оперативного вмешательства и общего лечения состояние больного улучшилось, температура нормализовалась.

Затем состояние больного внезапно резко ухудшилось: появилась головная боль, увеличился отек в височной области, температура повысилась до 38,7°. Под наркозом произведены ревизия клетчаточных пространств височной области и окаймляющий разрез по границе височной кости. Рана дренирована полихлорвиниловыми трубками и турундами с мазью Вишневского. Некоторое запоздалое вскрытие височной флегмоны у больного объясняется постепенным распространением воспалительного инфильтрата в височную область, несмотря на то, что был произведен разрез во рту по переходной складке слизистой. Этот пример показывает, как запоздалое не радикальное хирургическое вмешательство при первичном обращении больного может привести к серьезным осложнениям, угрожающим его жизни.

Из гнойного отделяемого были высеяны стрептококк зеленый и стафилококк эпидермальный. Отмечалась чувствительность ассоциации микробов к карбенициллину, ампициллину, пенициллину, гентамицину, тетрациклину и устойчивостью к стрептомицину. Дополнительно назначены тетраолеан внутримышечно по 100 мг 4 раза в сутки, антистафилококковая плазма — 100 мл, нативная плазма по 100 мл через 3 дня 3 раза. В результате предпринятого лечения состояние больного стало улучшаться, уменьшился отек, нормализовалась температура. После очищения ран от некротических масс трубочки были удалены, но раны продолжали дренировать турундами с мазью Вишневского. Проведена физио- и механотерапия.

Анализ крови и мочи перед выпиской — в пределах нормы. 5/IV 1981 г. больной выписан домой в удовлетворительном состоянии.

Из нашего наблюдения видно, что непереносимость больным пенициллина и кефзола затрудняла подбор адекватных лекарственных препаратов и осложняла течение воспалительного процесса верхней челюсти, распространявшегося в височную область.

Трое больных, у которых острая одонтогенная инфекция сопровождалась развитием септического процесса (у 2 из них имелся и медиастинит), несмотря на активное хирургическое и общее лечение, погибли. Все остальные больные выздоровели.

Следовательно, больные с острой одонтогенной инфекцией нуждаются в самом пристальном внимании врачей-стоматологов. Вместе с тем нередки случаи, когда врачи необоснованно сокращают объем оперативного вмешательства в амбулаторных условиях, а больных, которые нуждаются в комплексном лечении, своевременно не направляют в специализированные стационары. Устранение этих недостатков будет способствовать повышению качества оказываемой помощи и снижению летальности при острой одонтогенной инфекции.

ЛИТЕРАТУРА

1. Бернадский Ю. И. В кн.: Экспериментальная и клиническая стоматология. М., 1975, т. 5, ч. 2.— 2. Медведовская Г. Д., Максудова Р. Х. Казанский мед. ж., 1981, 5.— 3. Соловьев М. М., Алехова Т. М., Худояров И. Н. Стоматология, 1976, 1.

Поступила 17 мая 1983 г.