

## ЛОКАЛИЗОВАННЫЙ ОСТЕОМИЕЛИТ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ, ВЫЗВАННЫЙ СТОМАТОЛОГИЧЕСКИМ ЛЕЧЕНИЕМ: ОПИСАНИЕ СЛУЧАЯ

*Ташкентский Международный Университет Кимё*

*Аъзамкулова Дурдона*

*Шамсиева Озода Бахтиёровна*

*Рахматуллаева Мафтуна*

Остеомиелит челюстей после стоматологического лечения — редкое заболевание, которое обычно встречается у пациентов с иммунодефицитом как локально, так и в целом. Представлен случай некроза альвеолярной кости, возникшего в результате попадания мышьяковой девитализирующей пасты в пародонт. В статье обсуждаются процедуры лечения и результаты.

Ключевые слова: мышьяк, локализованный остеомиелит, остеомиелит нижней челюсти, девитализатор пульпы

- Введение

Остеомиелит челюстей теперь определяется наличием обнаженной кости во рту, которая не заживает после соответствующего вмешательства. Остеомиелит — это воспаление коркового вещества кости и костного мозга, которое развивается в челюсти, как правило, после хронической инфекции. 2-4 Частота остеомиелита резко снизилась с появлением антибиотиков. Более того, остеомиелит головы и шеи встречается редко, особенно в челюстях.





Лекарства, связанные с остеомиелитом, — это стероиды, химиотерапевтические средства, бисфосфонаты и другие токсичные терапевтические средства. 1,6-10 Местные условия, которые отрицательно влияют на кровоснабжение или приводят к некрозу тканей, также могут predispose хозяина к костной инфекции или локализованному остеомиелиту.

Остеомиелит диагностируется на основе истории болезни пациента, клинических обследований, а также хирургических и рентгенологических данных. Гистопатологические исследования могут соответствовать диагнозу, а микробиологические тесты могут быть полезны.

Остеомиелит имеет ряд клинических проявлений в зависимости от вирулентности возбудителей, резистентности хозяина и реакции надкостницы на воспаление. Остеомиелит нижней челюсти после планового стоматологического лечения редко описывался в литературе. В этой статье описывается случай здорового пациента, у которого развился остеомиелит нижней челюсти после лечения корневых каналов.

- Отчет о случае

Пациент мужского пола 24 лет без каких-либо системных заболеваний был направлен в отделение челюстно-лицевой хирургии Тебризского университета медицинских наук, Тебриз, Иран, в декабре 2008 года из-за боли и отека в левой нижней челюсти. У пациента не было соответствующего анамнеза, за исключением курения в течение 5 лет. Левый нижний первый

моляр был удален за 5 недель до обследования. За три дня до удаления зуб подвергся пульпотомии с использованием пульпарного девитализанта на основе мышьяка. Этот материал обычно используется для ускорения некроза пульпы и последующего облегчения боли некоторыми неакадемическими врачами. Через четыре дня после удаления пациент испытывал сильную боль в левой нижней челюсти, которая постепенно усиливалась.

Клинические обследования выявили спонтанную боль в нижней челюсти, болезненность и плохо зажившую лунку с обнажением альвеолярной кости. Свищей в прилегающей слизистой оболочке или коже обнаружено не было. Лунка удаленного зуба и окружающая ее кость имели вид, будто их изъела моль, а на обычных рентгеновских снимках и КТ-снимках были видны признаки образования секвестра.

Гематологический профиль показал увеличение количества лейкоцитов; однако количество эритроцитов было нормальным. Скорость оседания эритроцитов (СОЭ) возросла (40 мм в первый час).

С клиническим диагнозом остеомиелита пациенту был введен внутривенный пенициллин 3 000 000 единиц каждые 3 часа и он был направлен в операционную для секвестрэктомии и обследования. Обнаженная кость была удалена, и были проведены дополнительное выскабливание и ирригация. Некротизированная кость была отправлена на гистопатологическое исследование. Послеоперационный период прошел без осложнений, и пациент был выписан из больницы с пероральным пенициллином 500 мг 4 раза в день в течение следующих двух недель. Гистопатологическое исследование показало некротизированную кость с острыми воспалительными клетками. У пациента не было симптомов в





течение первого послеоперационного наблюдения через месяц после операции. Пациент отказался от послеоперационного контрольного рентгенологического исследования.

- Обсуждение

Остеомиелит челюстей — редкое заболевание, которое связывают с множеством системных заболеваний, включая диабет, аутоиммунные состояния, злокачественные новообразования, недоедание и синдром приобретенного иммунодефицита. Лекарства, связанные с остеомиелитом, — это стероиды, химиотерапевтические средства и бисфосфонаты.

Существует множество терапевтических материалов, влияющих на метаболизм костей. Некоторые из них традиционно используются в старой стоматологии. Одним из примеров являются соединения на основе мышьяка. Эти материалы популярны среди врачей, которые не знакомы с новыми методами анестезии современной стоматологии. В прошлом местная анестезия была менее надежной, и использование девитализирующих паст было устоявшейся практикой. Мышьяк снижает чувствительность пульпы, некротизируя нервные окончания зубной пульпы. Однако мышьяк и его соединения чрезвычайно токсичны и потенциально канцерогенны при контакте с твердыми и мягкими тканями организма. При подготовке полости следует соблюдать осторожность, чтобы не перфорировать дно пульпарной камеры, что может стать простым и прямым путем утечки материала. Чтобы избежать риска мышьяковистого некроза, производитель настоятельно рекомендует не оказывать давления на гранулу или во время герметичного запечатывания полости временным цементом.



Остеомиелит, наблюдаемый в данном случае, возник после конденсации триоксида мышьяка в пульпарной камере и каналах зуба. Вероятно, что материал вышел за пределы верхушки зуба после сильной конденсации или, возможно, материал проник в околозубные ткани из-за рыхлой или неподходящей временной пломбы. Лечение остеомиелита челюстей включает устранение причины, разрез и дренирование, секвестрэктомию, блюдцеобразование, декорткацию, резекцию челюсти, антибиотики и гипербарический кислород.

Основным лечением локализованного остеомиелита у пациента без каких-либо системных заболеваний является устранение этиологии заболевания, а также антибактериальная терапия для предотвращения послеоперационной инфекции. Антибиотикотерапия должна быть начата как можно раньше и может быть изменена в соответствии с результатами антибиотикограммы. В данном случае план лечения включал удаление локализованной некротической кости и секвестра. Антибиотикотерапия была начата до операции с внутривенным введением пенициллина и продолжена после операции для предотвращения послеоперационной инфекции. Оценки после лечения показали полное заживление.

- Заключение

Соединения мышьяка не имеют места в современной стоматологической практике, и стоматологи должны быть предупреждены об их потенциальной опасности и неблагоприятных последствиях.



• ССЫЛКИ

- 1.Reid IR. Osteonecrosis of the jaw: who gets it, and why. Bone. 2009;44:4–10. Doi: 10.1016/j.bone.2008.09.012. [DOI] [PubMed] [Google Scholar]
- 2.Yeoh SC, Macmahon S, Schifter M. Chronic suppurative osteomyelitis of the mandible: case report. Aust Dent J. 2005;50:200–3. Doi: 10.1111/j.1834-7819.2005.tb00361.x. [DOI] [PubMed] [Google Scholar]
- 3.Kushner G M, Alpert B. Osteomyelitis and osteoradionecrosis. In: Miloro M, Ghali GE, Larsen PE, Waite PD, eds. Peterson's Principles of Oral and Maxillofacial Surgery. 2nd ed. London: BC Decker; 2003. 313-21 [Google Scholar]
- 4.Fonseca RJ, Turvey TA, Betts NJ. Oral and Maxillofacial Surgery. 1st ed. Philadelphia: WB Saunders; 2000. 485-90 [Google Scholar]
- 5.Barry CP, Ryan CD, Stassen LF. Osteomyelitis of the maxilla secondary to osteopetrosis: a report of 2 cases in sisters. J Oral Maxillofac Surg. 2007;65:144–7. Doi: 10.1016/j.joms.2005.07.019. [DOI] [PubMed] [Google Scholar]
- 6.Senel FC, Saracoglu TEKIN U, Durmus A, Bagis B. Severe osteomyelitis of the mandible associated with the use of non-nitrogen-containing bisphosphonate (disodium clodronate): report of a case. J Oral Maxillofac Surg. 2007;65:562–5. Doi: 10.1016/j.joms.2006.10.043. [DOI] [PubMed] [Google Scholar]
- 7.Dimitrakopoulos I, Magopoulos C, Karakasis D. Bisphosphonate-induced avascular osteonecrosis of the jaws: a clinical report of 11 cases. Int J Oral Maxillofac Surg. 2006;35:588–93. Doi: 10.1016/j.ijom.2006.02.022. [DOI] [PubMed] [Google Scholar]
- 8.Dimitrakopoulos I, Magopoulos C, Katopodi T. Mandibular osteomyelitis in a patient with pyknodysostosis: a case report of a 50-year misdiagnosis. J Oral Maxillofac Surg. 2007;65:580–5. Doi: 10.1016/j.joms.2005.08.023. [DOI] [PubMed] [Google Scholar]



9.Hino S, Murase R, Terakado N, Shintani S, Hamakawa H. Response of diffuse sclerosing osteomyelitis of the mandible to alendronate: follow-up study by 99mtc scintigraphy. Int J Oral Maxillofac Surg. 2005;34:576–8. Doi: 10.1016/j.ijom.2005.01.003. [DOI] [PubMed] [Google Scholar]

10.Yavuz MS, Kaya GS, Yalçın E, Aras MH. Mandibular bone necrosis caused by use of arsenic paste during endodontic treatment: two case reports. Int Endod J. 2008;41:633–7. Doi: 10.1111/j.1365-2591.2008.01406.x. [DOI] [PubMed] [Google Scholar]

11.Ozmeriç N. Localized alveolar bone necrosis following the use of an arsenical paste: a case report. Int Endod J. 2002;35:295–99. Doi: 10.1046/j.1365-2591.2002.00491.x. [DOI] [PubMed] [Google Scholar]

2.Jones J, Amess TR, Robinson PD. Treatment of chronic sclerosing osteomyelitis of the mandible with calcitonin: a report of two cases. Br J Oral Maxillofac Surg. 2005;43:173–6. Doi: 10.1016/j.bjoms.2004.10.002. [DOI] [PubMed] [Google Scholar]

13.Clover MJ, Barnard JD, Thomas GJ, Brennan PA. Osteomyelitis of the mandible during pregnancy. Br J Oral Maxillofac Surg. 2005;43:261–3. Doi: 10.1016/j.bjoms.2004.11.009. [DOI] [PubMed] [Google Scholar]