

Острый гнойный периостит челюсти

Острый гнойный периостит челюсти — острое гнойное воспаление надкостницы альвеолярного отростка или тела челюсти. Чаще всего поражается надкостница альвеолярных отростков с вестибулярной стороны челюстей (85,6 %), реже — с небной стороны (небный абсцесс) (5 %) или подъязычной (9,4 %) складки. Преимущественно процесс развивается на нижней челюсти и возникает у лиц молодого и среднего возраста (от 16 до 40 лет). На нижней челюсти причиной развития острого гнойного периостита являются первые большие коренные зубы, зуб мудрости, реже — вторые большие коренные зубы и вторые малые коренные, иногда первые малые коренные. Также процесс может развиваться от первых резцов и клыков. На верхней челюсти острый гнойный периостит возникает при распространении инфекции от первых больших коренных зубов, первых малых коренных и затем вторых малых коренных зубов. Реже причиной воспалительного процесса бывают вторые большие коренные зубы и вторые резцы, далее — первые резцы, клык, зуб мудрости.

Этиология. При исследовании гноя в случае острых гнойных периоститов находят смешанную микрофлору, состоящую из стрептококков и стафилококков различных видов, грамположительных и грамотрицательных палочек и нередко гнилостных бактерий. Среди них до 75 % приходится на анаэробные бактерии и 25 % составляет аэробная флора.

Патогенез. **Острый гнойный периостит** является осложнением острого или [хронического периодонтита](#),

в том числе маргинального. Этот процесс может возникать также при затрудненном прорезывании зубов, нагноении радикулярных кист, воспалении полуретенированных, ретенированных зубов, одонтомах, заболеваниях пародонта, а также осложнять консервативное лечение зубов. Иногда заболевание развивается после травматического удаления зуба или при активации инфекции после этого вмешательства. Общие неблагоприятные факторы — охлаждение, переутомление, стрессовые ситуации — служат фоном для формирования воспалительного процесса. При

[острых и обострившихся хронических периодонтитах](#)

гнойный очаг может не опорожниться через канал зуба или десневой карман или отток через них бывает недостаточным. Экссудат начинает распространяться из периодонта в сторону надкостницы. Инфекция проникает через мелкие отверстия в компактной пластинке альвеолы по питательным каналам и каналам остеонов. Определенное значение имеют изменения в стенке альвеолы, а именно остеокластическая резорбция. Микроорганизмы могут распространяться также из периодонта в надкостницу по лимфатическим сосудам. Нарушение целостности тканей периодонта при остром и обострении хронического периодонтита определяет функциональную недостаточность

неспецифических и специфических гуморальных и клеточных реакций для подавления инфекционного воздействия. Антигенное раздражение усиливает сенсibilизацию, нарушается гемодинамика. В связи с этим воспаление в надкостнице челюсти как защитная реакция проявляется ярко и характеризуется нормергической, иногда гиперергической воспалительной реакцией.

Вследствие индивидуальных особенностей реакций организма (дисбаланс иммунитета) у отдельных больных отмечают вялое течение периостита челюсти, а также первично-хроническую форму, отражающие общую гиперергическую или местную гиперергическую воспалительную реакцию.

Патологическая анатомия. При развитии острого процесса в надкостнице макроскопически наблюдают утолщение ее вследствие отека, разво-локнение и частичное отслоение от подлежащей кости. Микроскопически она и прилежащие мягкие ткани инфильтрированы лейкоцитами, имеются сосудистые изменения (полнокровие сосудов, стаз и участки кровоизлияний в отдельных местах). Инфильтраты из кругло- и плазмоклеточных элементов располагаются вокруг сосудов надкостницы. Наряду с этим возможно фибриноидное набухание (гомогенизация) волокон соединительной ткани и стенок сосудов. Внутренний слой надкостницы быстро расплавляется под отслоенной надкостницей, между ней и костью скапливается серозно-гнойный экссудат, содержащий много нейтрофильных лейкоцитов. В серозном экссудате вокруг микроорганизмов скапливаются лейкоциты — возникают микроабсцессы. Эти очаги сливаются между собой, образуя значительную массу гнойного экссудата, который еще больше отслаивает надкостницу (рис. 7.11).

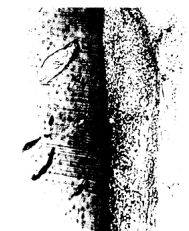


Рис. 7.11. Острый гнойный периостит челюсти. Утолщенная, отслоенная надкостница с гнойным содержимым под ней.

В результате омертвения участка периоста и последующего его расплавления нарушается целостность отслоений от кости воспаленной надкостницы и гнойные массы прорываются под слизистую оболочку, чаще преддверия рта. В окружности места прободения периоста нередко сосуды заполнены гнойными тромбами с частично разрушенными стенками. На 5—6-й день обычно гнойник прорывается через слизистую оболочку в полость рта. В некоторых случаях как отражение интенсивности и остроты процесса возможно пазушное рассасывание костной ткани. Вследствие резорбции

костной ткани, расширения мозговых полостей и питательных каналов происходит истончение кортикального слоя челюсти и даже образование в ней дефектов. Это способствует распространению лейкоцитов в костную ткань. Одновременно костный мозг выглядит отечным, в отдельных участках костномозговых полостей лейкоцитарная инфильтрация. Иногда при значительной отслойке гнойным экссудатом надкостницы может нарушаться кровоснабжение кортикального слоя и некротизируются отдельные участки поверхностных слоев кости. Развивается вторичный кортикальный остеомиелит челюсти. При таком процессе диагностируют массивную инфильтрацию лейкоцитами волокнистых структур расширенных костномозговых полостей (Г.А.Васильев).

При развитии периостита челюсти на фоне повторных обострений периодонтита в кости и по периферии поднадкостничного гнояника может наблюдаться периостальное новообразование кости, уплотнение костного рисунка, склероза кости. Обычно эти морфологические изменения бывают у детей, подростков, молодых здоровых людей и трактуются как хронический периостит (остит) челюсти (Я.М.Биберман, А.Г.Шаргородский, В.В.Рогинский).

Клиническая картина острого гнойного периостита челюсти разнообразна и зависит от этиологических, патогенетических факторов, локализации и протяженности воспалительного процесса. Следует различать острый серозный, острый гнойный ограниченный, гнойный диффузный, хронический периостит. Чаще наблюдается поражение надкостницы с вестибулярной поверхности челюстей. При гнойном ограниченном периостите отмечается поражение надкостницы альвеолярного отростка челюстей, при диффузном процессе захватывает и тело нижней челюсти до ее основания. Острый серозный периостит с вестибулярной стороны челюсти в первые 1—3 дня характеризуется болями и выраженным отеком околоченых мягких тканей. Под влиянием тепловых процедур боль усиливается, холод на некоторое время ее успокаивает. При возникновении припухлости на лице и прорыве гноя под слизистую оболочку боль значительно уменьшается. Свод преддверия рта сглажен за счет плотного, малоблезненного инфильтрата. Перкуссия зуба болезненна. Больной нередко отмечает, что вначале появилась боль в области зуба, а через 1—2 дня «припухли» мягкие ткани. Разрез по своду преддверия рта свидетельствует о полнокровии тканей, но гноя визуально отметить не удается. Если при этом зуб удаляют, то из альвеолы выделяется гной.

Ограниченный гнойный периостит с вестибулярной поверхности челюсти характеризуется жалобами на интенсивные боли, припухлостью мягких тканей лица, нарушением общего самочувствия, повышением температуры тела. Вначале боли и припухлость небольшие, затем быстро, на протяжении 2—3 дней, усиливаются. Боли распространяются иногда на всю челюсть, иррадиируют по ходу ветвей тройничного

Автор: Administrator

17.11.2011 12:52 - Обновлено 17.11.2011 13:10

нерва — в ухо, висок, глаз.

Общее состояние при остром ограниченном гнойном периостите удовлетворительное, температура тела повышена в пределах 37,5—38 °С; при диффузном поражении надкостницы альвеолярного отростка и тела челюсти — состояние средней тяжести и температура тела до 38,5—39 °С. В результате возникающей интоксикации появляются общая слабость, головная боль, разбитость, потеря аппетита, бессонница. При остром гнойном периостите альвеолярного отростка с вестибулярной стороны в области окружающих челюсть мягких тканей возникает воспалительный отек. Его локализация и распространение зависят от зуба, явившегося источником инфекции. Так, при периостите, развившемся вследствие гнойного процесса в верхних резцах, наблюдается значительная отечность верхней губы, переходящая на крылья и дно носа. Увеличенная губа резко выступает вперед. Если гнойный процесс распространяется от верхнего клыка и верхних малых коренных зубов, то гнойный очаг может локализовываться в надкостнице, покрывающей альвеолярный отросток и область клыковой ямки; при этом коллатеральный отек захватывает значительный участок средней и нижней трети лица. Отекают ткани щечной, скуловой области, нижнего и нередко верхнего века. Острый периостит, развившийся вследствие гнойного процесса верхних больших коренных зубов, характеризуется припухлостью щечной, скуловой, околоушной областей, доходящей почти до ушной раковины. Иногда припухлость распространяется на нижнее веко.



Третий верхний большой коренной зуб может служить источником инфекции, и периостит возникает в области бугра верхней челюсти. Отек на лице появляется позже обычного и локализуется в щечной и височной областях.

Для острого гнойного периостита, причиной которого являются нижние резцы,

характерна отечность нижней губы, подбородочной области и иногда переднего отдела подподбородочного треугольника. При распространении инфекции от клыка и малых коренных зубов развивается коллатеральный отек нижнего отдела щечной области, угла рта, опускающийся в поднижнечелюстной треугольник. При гнойных периоститах в области больших коренных зубов нижней челюсти развивается коллатеральный отек нижнего отдела щечной, поднижнечелюстной и околоушно-жевательной областей. Наиболее выражены общие симптомы и местная разлитая отечность тканей при распространении процесса на надкостницу основания нижней челюсти. Распространение процесса на надкостницу ветви нижней челюсти вызывает воспалительную инфильтрацию жевательной и медиальной крыловидной мышц, что приводит к их воспалительной контрактуре (I, II степени).

При остром гнойном периостите наблюдается регионарный лимфаденит различной степени выраженности. В преддверии рта гиперемия и отек слизистой оболочки альвеолярного отростка, переходной складки и щеки на протяжении 3—5 зубов. Переходная складка вследствие воспалительной инфильтрации утолщается, сглаживается и при ощупывании диагностируют диффузный болезненный валикообразный инфильтрат. Через 5—6 дней, а иногда и раньше участок периоста прорывается в результате омертвения и расплавления его под действием гноя, который проникает под слизистую оболочку. Боль значительно уменьшается. По переходной складке — ограниченная припухлость в виде валика, покрытая тонкой слизистой оболочкой. Гной нередко просвечивает через нее, придавая желтоватый цвет слизистой оболочке, при пальпации четко определяется флюктуация. Гнойник может самопроизвольно вскрываться в полость рта, после чего боль стихает, и воспалительные явления идут на убыль. При периостите нижней челюсти с язычной поверхности альвеолярной части больной испытывает боль при глотании и разговоре.

Острый периостит с язычной поверхности альвеолярной части и тела нижней челюсти характеризуется коллатеральным отеком и увеличением лимфатических узлов в поднижнечелюстном треугольнике. Иногда отек тканей щечной области нерезко выражен. Открывание рта свободное, но иногда в связи с инфильтрацией медиальной крыловидной мышцы может быть болезненным и ограниченным. При осмотре собственно полости рта регистрируют отек и инфильтрацию надкостницы во внутренней поверхности челюсти, при пальпации в этом участке — болезненность. Отек и гиперемия слизистой оболочки могут появляться в области подъязычной складки. Возможен отек небно-язычной и небно-глоточной дужек. Движения языка становятся затрудненными и болезненными, открывание рта ограничено и болезненно.

При остром гнойном периостите альвеолярного отростка верхней челюсти со стороны собственно полости рта (небный абсцесс) изменений на лице нет, пальпируются

увеличенные поднижнечелюстные лимфатические узлы. При небном абсцессе на твердом небе видна припухлость, которая быстро приобретает полушаровидную или овальную форму. В ее окружности нет значительного воспалительного отека из-за отсутствия подслизистого слоя. Увеличение гнойника ведет к сглаживанию поперечных небных складок. При пальпации в центральном отделе инфильтрата определяются размягчение и флюктуация. Для небного абсцесса характерно распространение воспалительной припухлости с твердого неба на слизистую оболочку мягкого неба, небно-язычную и небно-глоточную дужки, вследствие чего возникает болезненность при глотании. Скопление под надкостницей твердого неба гнойного экссудата вызывает отслаивание мягких тканей от кости, что сопровождается болями, нередко пульсирующего характера, усиливающимися при разговоре и приеме пищи. Через неделю и более от начала заболевания гнойник прорывается наружу, и гной изливается в полость рта.

Диагностика острого гнойного периостита челюсти основывается на данных клинической картины и лабораторных исследованиях. У больных с острым гнойным периоститом челюсти при исследовании крови увеличено число лейкоцитов до 10,0—12,0-109/л (у отдельных больных число лейкоцитов 8,0—9,0-1 С/л), значительный нейтрофилез (до 70—78 %), СОЭ у значительного числа больных остается в норме, иногда увеличивается до 15—20 мм/ч, очень редко — до 50—60 мм/ч. Увеличение СОЭ в динамике заболевания может указывать на недостаточность оперативного вмешательства или развитие вторичного кортикального остеомиелита. Изменений в моче в основном нет, лишь у отдельных больных обнаруживают белок — от следов до 0,33 г/л и лейкоциты — 10—20 в поле зрения. На рентгенограмме изменений в кости челюсти нет.

Дифференциальная диагностика. Несмотря на яркие клинические симптомы острого гнойного периостита челюсти, при его диагностике иногда допускаются ошибки. Этот процесс следует дифференцировать от острого периодонтита, абсцессов ряда локализаций, флегмон, лимфаденитов, острых сиаденитов и главное — от острого остеомиелита челюсти. А.И.Евдокимов (1955) дает четкие критерии для дифференцирования заболевания: «Одонтогенный периостит как самостоятельную нозологическую единицу следует отличать от диффузного острого периодонтита и остеомиелита. Различие периостита от периодонтита определяется локализацией очага воспаления, когда последний протекает внутри лунки, а периостит — на поверхности альвеолярного отростка. Коллатеральный отек при периодонтите ограничивается десной, не распространяясь на мягкие ткани. Разграничение между периоститом и остеомиелитом оправдывается характером клинического течения и отсутствием костных поражений при периостите в виде образования секвестров и микроскопических изменений структуры кости». Кроме того, в отличие от острого периодонтита при остром периостите челюсти болевая чувствительность при перкуссии зуба, явившегося источником инфекции, отсутствует или незначительная. Воспалительные изменения слизистой оболочки по переходной складке при остром периодонтите бывают в виде отека, а при остром периостите челюсти — воспалительной инфильтрации. При остром

периодонтите в отличие от гнойного периостита при рассечении надкостницы гноя не обнаруживают. Дифференциальный диагноз острого периостита челюсти от гнойных поражений слюнных желез обосновывается тем, что при остром воспалении околоушной и поднижнечелюстной слюнной желез в глубине отечных тканей пальпируется плотная болезненная железа, и выделяется гнойный секрет из ее протоков.

Острый гнойный периостит необходимо дифференцировать от острого остеомиелита челюсти. Для острого остеомиелита челюсти характерна выраженная интоксикация организма: лихорадочный тип температурной реакции, головная боль, разбитость, слабость, озноб, пот и др. Реакция регионарных лимфатических узлов более выражена. Периостальное утолщение кости наблюдается с обеих сторон челюсти: в полости рта воспалительные изменения слизистой оболочки бывают как со стороны преддверия, так и собственно полости рта. Перкуссия нескольких зубов соответственно участку пораженной кости болезненная, и они подвижны. На нижней челюсти при остеомиелите диагностируют онемение нижней губы и кожи подбородка — симптом Венсана.

Острый периостит челюсти дифференцируют от гнойных заболеваний околочелюстных мягких тканей — абсцесса, флегмоны, лимфаденита. При периостите ткани отечны и мягки на ощупь, при абсцессе, флегмоне, лимфадените пальпируется плотная ограниченная или разлитая инфильтрация. При расположении абсцесса или флегмоны в поверхностных областях лица и шеи, прилегающих к верхней и нижней челюсти, кожа над инфильтратом спаяна, лоснится и гиперемирована. При поражении глубоких областей лица в видимых при внешнем осмотре тканях регистрируется перифокальный отек, но в отличие от периостита нет характерных изменений по переходной складке.

Особые трудности для дифференциального диагноза представляют периостит нижней челюсти с язычной стороны и абсцесс переднего отдела подъязычной области или заднего отдела — челюстно-язычного желобка. При гнойных процессах в передних и задних отделах подъязычного пространства виден увеличенный подъязычный валик за счет плотного и болезненного инфильтрата. При абсцессе челюстно-язычного желоба открывание рта ограничено и глотание болезненно. Вместе с тем, как и при периостите, инфильтрат расположен по ходу альвеолярного отростка, открывание рта чаще не ограничено.

Периостит нижней челюсти с язычной стороны можно ошибочно принять за воспаление протока поднижнечелюстной слюнной железы, но при расположении слюнного камня в протоке инфильтрат расположен по его ходу, из выводного отверстия выделяется густая вязкая слюна или гнойно-слизистый секрет. При пальпации можно определить

инородное тело (камень) и далее это подтвердить рентгенологически. При периостите же локализация инфильтрата и наличие чистой слюны позволяют опровергнуть диагноз сиаладенита.

Лечение острого гнойного периостита челюсти должно быть комплексным и включать оперативное вскрытие гнойника, консервативную лекарственную терапию и др. В начальной стадии острого периостита челюсти (острый серозный периостит) в одних случаях следует вскрыть полость зуба, удалить распад из канала и создать условия для оттока, а в других — удалить зуб, являющийся источником инфекции. Эти лечебные мероприятия, проводимые под инфильтрационной или проводниковой анестезией, вместе с разрезами по переходной складке до кости, лекарственной терапией (блокадой анестетиками, антибиотиками, протеолитическими ферментами, гормонами) могут способствовать стиханию воспалительных явлений.

При остром гнойном периостите челюсти показано неотложное оперативное вмешательство — вскрытие гнойного поднадкостничного очага и создание оттока экссудата (первичная хирургическая обработка гнойной раны), которое обычно осуществляют в амбулаторных условиях, иногда — в стационаре. Оперативное вмешательство по поводу острого гнойного периостита выполняют под местным обезболиванием — проводниковой или инфильтрационной анестезией, используя тонкую иглу, через которую обезболивающий раствор вводят медленно под слизистую оболочку и инфильтрируют ткани по намеченной линии разреза. Иглу не следует вводить в полость гнойника. Иногда операцию проводят под наркозом. Хороший эффект дает лекарственная подготовка больных. Если поднадкостничный гнойник расположен в области преддверия рта, то разрез лучше проводить клювовидным скальпелем параллельно переходной складке через весь инфильтрированный участок; рассекают слизистую оболочку, подслизистую ткань и надкостницу до кости соответственно 3—5 зубам. Чтобы предупредить слипание краев раны и обеспечить отток гноя, в рану рыхло вводят узкую полоску тонкой (перчаточной) резины.

При локализации гнойника под надкостницей в области бугра верхней челюсти разрез следует выполнять по переходной складке в области моляров верхней челюсти, но для вскрытия воспалительного очага распатором или желобоватым зондом следует пройти из раны по кости в направлении бугра верхней челюсти (назад и внутрь). Таким же способом вскрывают гнойный очаг при периостите верхней челюсти, пройдя вверх зондом в сторону клыковой ямки.

Воспалительный очаг при периостите с язычной поверхности нижней челюсти

рекомендуется вскрывать разрезом слизистой оболочки альвеолярной части до кости, в месте наибольшего выбухания инфильтрата. Желобоватым зондом проходят по поверхности кости вниз и, отодвигая надкостницу, дают отток гною. При небном абсцессе разрез проводят в области наибольшего выбухания тканей, немного отступя от основания альвеолярного отростка, или у средней линии неба, параллельно ей. Затем в операционную рану вводят широкую полоску из тонкой (перчаточной) резины, что позволяет избежать слипания краев раны и создает условия для хорошего оттока гноя. Лучшие результаты даст иссечение из стенки гнойника небольшого участка слизистой оболочки треугольной формы, что обеспечивает более свободный отток гноя. При вскрытии воспалительного очага в области надкостницы ветви нижней челюсти на ее наружной и внутренней поверхности применяют особые приемы. При периостите на внутренней поверхности ветви челюсти разрез производят серповидным скальпелем с ограничителем или обычным скальпелем до кости, рассекают ткани в ретромолярной области (у основания небно-язычной дужки), распатором проходят на внутреннюю поверхность ветви челюсти, создавая отток экссудата из очага воспаления.

Поднадкостничный гнойник по наружной поверхности ветви нижней челюсти следует вскрывать разрезом, проведенным вестибулярно на уровне 2-го и 3-го больших коренных зубов по косой линии до кости, далее распатором проходят поднадкостнично в направлении угла нижней челюсти, отводя кнаружи жевательную мышцу. В рану после вскрытия очага обязательно глубоко вводят резиновую полоску для дренирования. Отсутствие на следующие сутки эффекта от такого вмешательства является основанием для госпитализации и проведения оперативного вмешательства наружным доступом.

После вскрытия гнойного очага целесообразно дать больному прополоскать рог слабым раствором перманганата калия или 1—2 % раствором гидрокарбоната натрия, а также промыть рану раствором этикридина лактата, грамицидина, хлоргексидина. Хороший эффект дают орошение полости абсцесса раствором димексида с оксацил-лином в 50 мл дистиллированной воды и аппликации на рану 40 % линимента димексида в течение 15 мин.

Если зуб, явившийся источником инфекции, разрушен и не представляет функциональной или эстетической ценности, то его следует удалить одновременно с вскрытием поднадкостничного гнойника. Это позволит улучшить опорожнение гнойного очага и будет способствовать более быстрому стиханию воспалительных явлений. В одних случаях удаление зуба откладывают в связи с предполагающимися техническими трудностями этой операции или неудовлетворительным состоянием больного; в других — зуб сохраняют: раскрывают его полость, освобождают канал корня от продуктов распада и потом проводят консервативное лечение хронического периодонтита.

Лекарственное лечение острого гнойного периостита заключается в назначении препаратов: сульфаниламидных (норсульфазол, сульфадиметоксин, сульфадимезин и др.), нитрофурановых (фуразолидон, фурадонин), антигистаминных (димедрол, супрастин, диазолин и др), кальция, пиразолоновых производных (анальгин, амидопирин, фенацетин и др., а также их комбинации), витаминов (поливитамины, витамин С по 2—3 г в сутки). Последние годы от назначения сульфаниламидных препаратов стали отказываться из-за малой чувствительности к ним микрофлоры, и если состояние пациента требует более эффективного противовоспалительного лечения, применяют антибиотики и препараты нитазола. На 2-й день после операции больного осматривают, определяют степень стихания воспалительных явлений и в зависимости от этого назначают дополнительное лечение. При перевязках осуществляют местное лечение раны. При остром гнойном периостите челюсти для более быстрого прекращения воспалительных явлений на 2-й день после вскрытия гнойника следует назначить физические методы лечения: светолечение (соллюкс-лампа), теплые ванночки из антисептических или дезодорирующих растворов, мазовые повязки (повязки по Дубровину, с вазелином, 20 % камфорным маслом, маслом облепихи, шиповника), УВЧ, СВЧ, флюктуризацию, лазерную терапию гелий-неоновыми, инфракрасными лазерными лучами, ЛФК.

В большинстве случаев воспалительные явления быстро (через 2—3 дня) идут на убыль. Если стихание воспаления задерживается, то проводят 2—3 блокады: инфильтрацию окружающих воспалительных тканей со стороны кожи 0,25—0,5 % растворами, анестетиков — лидокаина или ультракаина 1,8—3,6 мл с изотоническим раствором натрия хлорида (40—50 мл) и антибиотиком—линкомицином. Отдельным ослабленным больным, а также лицам с нарастанием воспалительных явлений назначают антибиотики. Обязательным условием эффективности антибиотикотерапии является вскрытие гнойника (первичная хирургическая обработка). Рекомендуется комбинированная антибактериальная терапия, направленная на анаэробную и аэробную инфекцию: линкомицин, макролиды (рулид, макропен, сумамед, азитромицин), антибиотики широкого спектра действия (полусинтетические пеницил-лины, тетрациклин, олететрин, оксациллин), производные метронидазола и др. В поликлинике лечение осуществляют в течение 5—6 дней; в стационаре делают инъекции этих препаратов 3—4 раза в день в течение 6—7 дней.

Исход. Своевременно начатое и правильно проведенное лечение острого гнойного периостита челюсти заканчивается выздоровлением. Через 3—5 дней больные становятся трудоспособными. При небном абсцессе толщина и плотность отслоенных от неба мягких тканей не позволяют вскрыться гнойнику самопроизвольно. Нередко это ведет к омертвлению кортикальных отделов кости и развитию вторичного кортикального остеомиелита. Погрешности в лечении, прогрессирование воспалительного процесса у некоторых больных вызывают хронизацию заболевания, возникновение хронического периостита или распространение гнойного экссудата в кость, развитие острого

Автор: Administrator

17.11.2011 12:52 - Обновлено 17.11.2011 13:10

остеомиелита челюсти или в околочелюстные мягкие ткани с образованием абсцесса или флегмоны.

Профилактика острого периостита челюсти заключается в санации полости рта и лечении хронических одонтогенных очагов.{jcomments on}

[Joomla SEO powered by JoomSEF](#)