УСЛОЖНЕНИЯ СЛЕД ЕКСТРАКЦИЯ НА ЗЪБИ ПРИ БОЛНА ОТ ЗАХАРЕН ДИАБЕТ

П. Сапунджиев

Катедра по орална и лицево-челюстна хирургия,
Факултет по дентална медицина, МУ – София

COMPLICATIONS FOLLOWING TEETH EXTRACTIONS IN A FEMALE PATIENT WITH DIABETES MELLITUS

P. Sapundzhiev

Department Oral and Maxillofacial Surgery, Faculty of Dental Medicine, MU – Sofia

Резюме:

Целта на публикацията е да представим клиничното протичане на букален и субмасетериален флегмон, развили се от полуретиниран долен ляв мъдрец, усложнени с остеомиелит на долната челюст при болна с редица придружаващи заболявания – захарен диабет, ИБС, артериална хипертония, глаукома, обезитас III степен. При болната се изяви кръвоизлив с мелена от недиагностицирана дотогава язва на дванадесетопръстника. Прогнозата относно жизнеспособността на костната тъкан при възпалително огнище в челюстната кост е трудна и зависи от редица фактори – имунорезистентността на организма на болния, вирулентността на микрофлората, степента на сенсибилизация на организма и т.н. Всяко гнойно огнище може да стане причина за декомпенсиране на компенсиран дотогава захарен диабет и възпалителният процес да придобие злокачествено протичане с некроза на засегнатата кост. При възникване на кръвоизлив от язва на дуоденума или друго усложнение от страна на отделните органи и системи е необходимо болният да се хоспитализира в съответната клиника до стабилизиране на състоянието му, като едновременно се лекуват възпалителният процес в лицево-челюстната област и другите придружаващи заболявания. Хирургичното лечение (одонтектомията) в комбинация с венозно прилагане на антибиотици според антибиограмата, заедно с промиване на раната с антисептици (0,2% хибитан) и протеолитични ферменти се предприема след стабилизиране на общото състояние на болния и излекуване на животозастрашаващото усложнение.

Ключови думи: долна челюст, захарен диабет, флегмон, кръвоизлив, мелена, остеомиелит

Адрес за кореспонденция: *Доц. д-р Петър Сапунджиев, Катедра по орална и лицево-челюстна хирургия, Факултет по дентална медицина, МУ,*
бул. "Св. Г. Софийски" № 1, 1431 София, GSM 0886 629 425,
e-mail: psapundjiev@abv.bg

Summary:

The aim of this case report is to present clinical development of buccal and submasseteric cellulitis originated from retained lower wisdom tooth, complicated with osteomyelitis of the mandible in a 65-year-old female patient with a great number of associated diseases – diabetes mellitus, cardiac disease, high blood presure, glaucoma, IIIth degree of obesity, bronchial asthma. The patient developed haemorrhage with melena from nondiagnosed duodenal ulcer. Prognosis about vitality of the bone tissue when an inflammation occurs in mandible is difficult and depends on a great number of factors – immunoresistance of patient's organism, virulence of pathological flora and sensibility of the patient. Every inflammation seat may become a reason for decompensation of by this time compensated diabetes mellitus, and the inflammation process may assume unfavourable development with necrosis of the underlying bone. When a haemorrage from duodenal ulcer or complication of other organs and systems arise, it is necessary to hospitalize the patient in adequate clinic for

emergency treatment and parallel treatment of inflammation in oral region and associated diseases. The surgical treatment (odontectomy) in combination with intravenous antibiotics according antibiogram to sensitivity as well as daily irrigation of the wound with antiseptics (0,2% Hibitan) and protheolytic ferments was performed after stabilization of the patient's general condition and treatment of the life threatening complication.

Key words: cellulitis, diabetes mellitus, haemorrhage, mandible, melena, osteomyelitis

Address for correspondence: *Assoc. Prof. Peter Sapundzhiev, Department Oral and Maxillofacial Surgery, Faculty of Dental Medicine, MU, 1, Sv. G. Sofiiski Blvd., Bg – 1431 Sofia, GSM +359 886 629 425, e-mail: psapundjiev@abv.bg*

Диференциалната диагноза на заболяванията, включени в определението остра одонтогенна инфекция (ООИ), е трудна в началния период от развитието им, тъй като с помощта само на стандартните методи на изследване на болните трудно ще определим характера на промените в костната тъкан, т.е. прогнозата на заболяването.

Прогнозата по отношение на жизнеспособността на костната тъкан при възпалително огнище в челюстната кост зависи от редица фактори – имунорезистентността на организма на болния, вирулентността на микрофлората и степента на сенсибилизация на организма [4].

Наличието на придружаващи заболявания на ендокринната, сърдечно-съдовата, храносмилателната и други системи може да усложни протичането на ООИ и да се оформи т.нар. "порочен кръг" на взаимно утежняване. Всяко гнойно огнище може да стане причина за декомпенсиране на компенсиран дотогава диабет и възпалителният процес да придобие злокачествено протичане [6, 13] с некроза на засегнатата кост [9, 10]. Понякога макар и рядко могат да се появят пептични язви на стомаха или дуоденума вследствие на продължителен физиологичен стрес [11] и да настъпят и кръвоизливи [12].

Целта на публикацията е да представим клиничното протичане на букален и субмасетериален флегмон, развили се от полуретиниран долен ляв мъдрец, усложнени с остеомиелит на долната челюст при болна с редица придружаващи заболявания – захарен диабет, ИБС, артериална хипертония, глаукома, обезитас III степен, която направи кръвоизлив с мелена от недиагностицирана дотогава язва на дуоденума.

Представяне на случая

Отнася се за 65-годишна болна, приета по спешност на 16.03.2007 г. в СБАЛ по ЛЧХ – София с диагнози: флегмона букце ет субмасетерици синистра, ИБС, артериална хипертония, захарен диабет, глаукома, затлъстяване III ст., бронхиална астма, с оплакване от подуване и болки в областта на лявата буза след екстрахиране на три зъба на горната и два на долната челюст преди десет дни. От локалния статус – силно изразена лицева асиметрия вляво, дължаща се на болезнена подутина на бузата, паротидеомасетериалната, инфратемпоралната, темпоралната и подчелюстната област, кожата над които е зачервена повече букално (фиг. 1). Отварянето на устата е ограничено до 15 mm, лигавицата на бузата вляво е зачервена, оточна, силно болезнена, с данни за флуктуация.



Фиг. 1. Подутина на бузата, паротидеомасетериалната, инфратемпоралната, темпоралната и подчелюстната област, кожата е зачервена букално

Направиха се две интраорални инцизии – на бузата и субмасетериално, при което изтече обилно зловонна гной. Микробиологичното изследване показа протеус мирабилис и клебсиела пнеумоние. Започна се антибиотично лечение с

пеницилин 4 х 4 млн. и метронидазол 3 х 500 mg венозно, инсулин микстард сутрин 40 Е и вечер 16 Е, венозно вливане на физиологичен разтвор 2 х 500 ml. От направената ортопантомограма (фиг. 2) се установиха полуретиниран долен ляв осми зъб и остеомиелитни промени, ангажиращи възходящия клон и ставния израстък.



Фиг. 2. Полуретиниран долен ляв осми зъб и остеомиелитни промени, ангажиращи възходящия клон и ставния израстък

Кръвнозахарен профил: 7 ч – 8,2; 9 ч – 10; 12 ч – 8,7; 15 ч – 9,3; 22 ч – 8,5 mmol/l.

Параклинични изследвания на кръвта в норма, само СУЕ – 96, Leuc – 20,85, пръчкоядрени – 5, Ly – 14.

На петия ден пациентката е колабирала, установена е мелена и е преведена в трета хирургична клиника на МБАЛСМ "Пирогов" с диагноза мелена, улкус булби дуодени хеморагикум. Проведено е лечение с кръвопреливания, H_2 блокери, инфузии на водно-солеви разтвори, интернистична терапия в продължение на пет дни. След изписването болната се насочи към вътрешно отделение на МБАЛ "Р. Ангелов" – Перник за стабилизиране на състоянието.

На 18.04.2007 г. болната се прие отново в СБАЛ по ЛЧХ с диагноза остеомиелитис хроника рамус мандибуле синистра, денс семиретиненс осми долу ляво, с оплакване от изтичане на гной в устата, затруднено отваряне на устата и хранене. Микробиологичното изследване показа развитие на аеробни стрептококус фекалис и стрептококус саливариус, а от анаеробите – пигментна превотела, Грам-положителни анаероби и непигментна превотела.

Започна се лечение с дигоксин 1 табл., еналаприл 2 х 10 mg, спиронолактон 1 табл., агапурин 40 mg, инсулин микстард сутрин – 40 Е, вечер – 26 Е, сулперазон 2 х 1 g i.m., промивки с трипсин и 0,2% разтвор на хибитан – сутрин и вечер. Десет дни след приемането под НЛА и проводна анестезия с лидокаин 2% се направи одонтектомия на осмия долен ляв зъб и кюртаж на остеомиелитните промени в костта. В следоперативния период продължихме промивките с трипсин и хибитан и медикаментозното лечение. Болната се изписа и се насочи за амбулаторно наблюдение. На контролните прегледи се явяваше редовно, като не се отбелязаха оплаквания, контролната ортопантомограма показа добър възстановителен процес (фиг. 3).



Фиг. 3. Възстановяване на костта около ставната главичка и в клона

Обсъждане

Въпреки че напоследък остеомиелитът на челюстните кости се среща по-рядко, повечето клиницисти търсят някои основни причини за възникването му, като целенасочено се търсят заболявания и състояния, довеждащи до намаляване на имунитета (захарен диабет, HIV, кръвни заболявания, лъчелечение), за да се намали до минимум възможността за необратими промени в костта.

Анализирането на случая показва, че при клиничното протичане на ООИ на фона на различни придружаващи заболявания на сърдечносъдовата, ендокринната и храносмилателната система могат да възникнат животозастрашаващи усложнения. Кръвозагуба от перфорирала язва на дуоденума може да доведе до развитието на хиповолемичен шок. Възрастните пациенти имат намалени кардиоваскуларни резерви и релативно малка кръвозагуба може да предизвика хиповолемичен шок [12]. Навременното откриване и лечение на усложненията при водещата роля на съответния специалист има положителен ефект в лечебния процес. При пациенти, приемащи бета-блокери (атенолол) за намаляване на пулсовата честота и кръвното налягане, може да има маскиране на компенсаторната (и диагностична) тахикардия. При нашия случай причина за кръвоизлива най-вероятно е продължителен физиологичен стрес [11].

При болната около десет дни преди развитието на възпалителния процес са направени пет екстракции на зъби на горната и долната челюст, без да е направено рентгеново изследване, което да покаже, че причината за болките

е полуретиниран долен ляв мъдрец. Най-вероятно от него се е развил след това възпалителният процес. При възникване на ООИ винаги има "входна врата" за микроорганизмите, която следва да се разпознае и да се назначи съответното лечение с отчитане на първичното огнище. Екстрахирането на зъби при болни с декомпенсиран диабет се извършва след компенсиране на нарушения въглехидратен обмен и стихване на възпалителния процес [5, 7, 9].

Освен безразборното екстрахиране на корени, налице е и комбиниране на аеробни и анаеробни микроорганизми – протеус мирабилис, клебсиела пневмоние, пигментна и непигментна превотела, Грам-положителни анаероби, стрептококус фекалис и стрептококус саливариус, които причиняват най-често срещаната инфекция в устната кухина [1, 2, 8].

Трудностите в диференциалната диагноза на абсцесите и флегмоните и започващият остър одонтогенен остеомиелит в ЛЧО са свързани със сложния топографоанатомичен строеж на клетъчните пространства, където практически възпалението може да се развие като абсцес или флегмон, а обратимите промени в костта да преминат в необратими и да се развие остеомиелит. Основа за тяхното диференциране е клиничното протичане на възпалителния процес [4].

Използването на антисептични разтвори [3] и протеолитични ферменти за промиване на инцизионната рана е част от лечебния протокол при гнойни рани. Ежедневните двукратни промивки с 0,2% хибитан и трипсинов разтвор, заедно с адекватното антибиотично лечение, в значителна степен допринесоха за намаляване на гноенето от инцизионните рани, като промивките продължиха и след проведената одонтектомия.

Въпреки развиващия се остеомиелит на ъгъла и клона на долната челюст, болната не разреши да се направи екстраорална инцизия.

В **заключение**, при възникване на кръвоизлив от язва на дуоденума или друго усложнение от страна на отделните органи и системи е необходимо болният да се хоспитализира в съответната клиника за лечение и стабилизиране на общото му състояние, като едновременно се лекуват възпалителният процес и другите придружаващи заболявания.

Хирургичното лечение (одонтектомията) в комбинация с венозно прилагане на антибиотици според антибиограмата, заедно с промиване на раната с антисептици и протеолитични ферменти се предприема след стабилизиране на общото състояние на болния и излекуване на животозастрашаващото усложнение.

Библиография

1. Боянова, Л., Р. Коларов, Г. Гергова, П. Сапунджиев, П. Еленкова и И. Митов. Анаеробна инфекция при 73 болни от СБАЛ по ЛЧХ София. С., Модерна мед, 2004, № 1, 30-36.
2. Боянова, Л., Р. Коларов, Е. Деливерска, Г. Гергова, П. Сапунджиев, Ж. Маджаров, М. Маринов и И. Митов. Анаеробна микробиология при 55 случая с флегмон на пода на устната кухина. – Мед. преглед, 42, 2006, № 3, 80-85.
3. Гапаненко, Т. Г. и сътр. Оценка эффективности хлоргексидина при лечении больных с острыми воспалительными процессами челюстно-лицевой области. – Стом., Москва, 62, 1983, № 1, 29-31.
4. Груздев, Н. А. Острая одонтогенная инфекция. Мед., Москва, 1978.
5. Гусейнов, Р. Р. Клиника и лечение острых гнойно-воспалительных процессов челюстно-лицевой области у больных сахарным диабетом. – Стоматология, М., 63, 1984, № 1, 48-50.
6. Диков, И. и Б. Маркова. Сепсис. 1 изд. Ст. Загора, Знание, 2000.
7. Максудов, М. М. и Р. Р. Гусейнов. Особенности течения послеоперационного периода при удалении зубов у больных сахарным диабетом. – Стоматология, М., 62, 1983, № 1, 29-31.
8. Попкиров, С. Гнойно-септична хирургия. С., Мед и физк, 1992.
9. Сапунджиев, П. Към въпроса за стоматологичното хирургично лечение на болните от захарна болест. Дис., С., 1982.
10. Соколовский, В. Д. Лечение хирургических болезней у лиц страдающих сахарным диабетом. Медицина, М., 1968, 85-92.
11. Hupp, J. R. et D. N. Duddleston. Medical management of the surgical patient. – In: Petersons Principles of Oral and Maxillofacial Surgery, Second ed., London, BC Decker Inc, Hamilton, 2004, 17-45.
12. Lee, D. et A. J. E. Clark. Complications of surgery. – In: Textbook of General and Oral Surgery. Edingburg, London, New York, Churchill Livingstone, 2003, 13-25.
13. Sugata, T. et al. Cervical cellulitis with mediastinitis from an odontogenic infection complicated by diabetes mellitus: Report of a case. – J. Oral Maxillofac. Surg., 55, 1997, 864-869.

Постъпила за печат на 6 юли 2009 г.