

3. Лукомский И.И. Курение // БСЭ. – Т.14. третье издание. – М.: Советская энциклопедия, 1973. – С. 78-80.
4. Матвеев В. Превращение здоровья в дым / 2000. 29.IV.2011. – С.5.
5. Нелеп В.М. Тютюнництво // УРЕ. – Т.11. – Книга 1. Видання друге. – Київ, 1984. – С. 418-419.
6. Холостов В.А. Табачные изделия / БСЭ. – Т.25. Третье издание. – М.: Изд-во “Советская энциклопедия”, 1976. – С. 464-465.

В.Г.САЙ

ОДОНТОГЕННИЙ ОСТЕОМИЕЛИТ ЩЕЛЕП

Стаття присвячена особливостям клінічного перебігу остеомієліта щелеп, його прогноз і необхідність ретельного обстеження хворого з метою виявлення ранніх ознак остеомієліта.

Ключові слова: морфологічні зміни, перебіг, прогноз.

Статья посвящена особенностям клинического течения остеомиелита челюстей, его прогноз и необходимость тщательного обследования с целью выявления ранних признаков остеомиелита.

Ключевые слова: морфологические изменения, течение, прогноз.

This article deals with peculiarities of clinical course of osteomyelitis of the jaws, its prognosis and the need for thorough examination in order to detect early signs of osteomyelitis.

Key-words: morphological changes, course, prognosis.

Дана проблема є надзвичайно актуальною, оскільки захворювання остеомієлітом щелеп у практиці лікаря-стоматолога зустрічається досить часто. Тому в процесі практичної роботи важливим є зосередити увагу на кропітливому обстеженні хворого, який звернувся до лікаря з приводу ускладнення хвороб пародонта і періодонта з метою виявлення ранніх ознак остеомієліта. Необхідно визначити особливості клінічного перебігу остеомієліта щелеп, його прогноз, визначити необхідність лікування на ранніх стадіях хвороби, попередити загострення з метою збереження зубо-щелепової системи. Дуже важливо чітко пам'ятати вплив остеомієліта на загальний стан організму в цілому.

Для попередження захворювання важливе значення має дотримання правильної гігієни порожнини рота, профілактики і лікування хвороб пародонта і його ускладнень.

Етіологічним моментом остеомієліта щелеп у хворих найчастіше є загострення хронічного періодонтита, нагноєна кіста і кістогранульома. Значна кількість захворювань відзначається після видалення зубів. Внаслідок порушення медперсоналом правил антисептики при стерилізації і лікуванні також збільшується число ускладнень, які сприяють розвитку остеомієліта. Крім цього, поширенню цього патологічного процесу будуть сприяти як характер харчування, так і умови життя та кліматичні зміни. Остеомієлітний процес у більшості хворих розвивається на верхній щелепі в межах альвеолярного паростка, в ділянці тіла і горба верхньої щелепи. На нижній щелепі — альвеолярний паросток, тіло, гілка і суглобовий відросток. Розміщення остеомієлітного вогнища залежить від локалізації причинного зуба. Остеомієліти

найчастіше є одонтогенного і травматичного походження. В залежності від поширеності процесу остеомієліт може бути обмеженим і дифузним. В першому випадку патологічний процес локалізується в межах пародонту 2-3 зубів. Дифузний остеомієліт характеризується ураженням половини або всієї щелепи.

Одонтогенний остеомієліт може виникнути у всіх вікових групах, починаючи з дитячого віку. Ураження щелеп у грудних дітей є, як правило, ускладненням інфекційних захворювань матерів, або пупкового сепсису. Що стосується дітей молодшого та старшого віку то остеомієліт у них найчастіше виникає в результаті ускладнень таких інфекційних захворювань як оперізуючий лишай, кір та ін. Пояснити це можна тим, що високий відсоток захворювань остеомієлітом припадає на регіони з високим рівнем інфекційних захворювань, оскільки вони викликають значне ослаблення організму, знижують його захисні механізми, призводять часто до активації хронічної або латентної інфекції в пародонті. Останні проявляються як ускладнення у вигляді абсцесів і флегмон.

В залежності від перебігу процесу більшість авторів /Васільєв Г.А., Євдокімов А.І. Уваров В.М./ поділяють остеомієліти на гострі, підгострі і хронічні. Що стосується виділення гострої і хронічної стадій захворювання, то воно глибоко обґрунтовано клінічними і морфологічними даними і визнається всіма авторами. Однак для виділення підгострої стадії одонтогенного остеомієліта достатньо переконливих даних немає. При однаковій локалізації і поширеності процесу, в залежності від рівня імунологічної реактивності організму, наявності супутніх захворювань, перебіг остеомієліта може бути легким і надзвичайно важким. Для любого клініциста за сукупністю клінічних ознак /загального стану хворого, температури тіла, змін в картині крові, локальних змін і т.д./ визначити важкість захворювання не складає великих труднощів.

Цілком прийнятна класифікація за поширенням захворювання на обмежений остеомієліт, коли запальний процес локалізований тільки в альвеолярному паростку в межах 1-3 зубів при відсутності ураження тіла щелепи. Такі процеси мають своєрідну клінічну картину, їх перебіг більш благоприємний, ніж інші і після радикальних втручань загострення захворювання не наступає. Особливість цих процесів ще і в тому, що вони проявляються значно скоріше з відсутністю сформованих секвестральних порожнин. При ураженні тіла /кута, гілки/ щелепи /вогнищевому або дифузному/ процес затягується, значно частіше спостерігаються супроводжуючі остеомієліту ускладнення, загострення процесу.

Клінічна картина гострого остеомієліта різноманітна і залежить від ряду причин: вірулентності мікроорганізмів, стану реактивності організму в момент захворювання, віку хворого, топографо-анатомічних особливостей щелеп і т.ін. У більшості хворих захворювання починається з гострого гнійного або загостреного хронічного верхівкового періодонтита. Однак в окремих хворих на початку захворювання можуть переважати загальні симптоми /мороз, підвищення температури тіла, головний біль і т. ін. і хворі скаржаться на болі постійного характеру /інколи дуже сильні/ в ділянці причинного зуба, а інколи в сусідніх зубах. При цьому якщо при натисканні на цей зуб в недалекому минулому було лише чутливим, або зовсім не турбувало, то при розвитку процесу воно ставало різко болючим навіть при доторкуванні язиком. Зуб ставав ніби вищим від інших. В подальшому хворі були вже не в стані вказати на хворий зуб, а відзначали больові відчуття всієї половини щелепи, або голови. При цьому біль міг ірадіювати у вухо, скроню, потилицю, око і т.д., в залежності від локалізації запального процесу.

Температура тіла в більшості випадків підвищена, часто морозить, хворі скаржаться на головний біль, втрату апетиту, безсонницю, загальну слабкість. З рота виходить неприємний запах. До названих на початку захворювання ознак гострого періодонтита одного „причинного” зуба приєднується запалення періодонтита і поруч розмішених зубів. Вони стають рухомими, їх перкусія болюча. Ясна і перехідна складка в ділянці зубів, втягненими в процес, стають набряклими, гіперемінованими. Пальпація цих ділянок болюча.

На висоті розвитку патологічного процесу в гострій фазі одонтогенного остеомієліта виражені запальні явища в м'яких білящелепових тканинах. Вони проявляються в різних формах флегмон /остеофлегмон/. Білящелепові флегмони за локалізацією є глибокими і, супроводжуючи остеомієліт щелепи, ускладнюють і стають більш важкими за перебігом. Встановити причину, що викликала появу болів або їх загострення, в більшості випадків не вдається. Часто появі болів в зубі і щелепі передують охолодження організму і простудні захворювання. Рідше захворювання починається після планової операції видалення зуба. Недостатність і неповноцінність харчування також призводять до послаблення захисних сил організму.

Враховуючи вищеназвані причини, а у випадку ще і приєднання інфекції, виникає анемія, тканинне і клітинне кисневе голодування, різке послаблення імунно-захисних сил організму. Запальний процес часто приймає швидкий розвиток. Цьому будуть сприяти і антисанітарні умови проживання населення. Хворий зуб в перші години, а інколи і впродовж декількох днів від початку захворювання слаборухомий, але в подальшому розхитується. Якщо у процес втягуються сусідні зуби, відбувається і їх розхитування. При цьому перкусія цих зубів також викликає больову реакцію. Це дає підставу думати про наявність гнійного процесу, обмеженого ділянкою одного або декількох зубів. Рухомість всіх зубів на одній стороні говорить про дифузне ураження кістки.

Прилеглі до зубів ясна і перехідна складка слизової оболонки стають набряклими і болючими при прощупуванні. Спостерігається виражена запальна реакція окістя щелепи і розростання коллатерального набряку м'яких тканин лица, а інколи і шиї. Регіонарні лімфатичні вузли збільшуються, стають болючими. Пальпація лімфовузлів на початку процесу можливе, однак в подальшому воно стає неможливим через набряк і інфільтрацію сполучної тканини, що їх оточує.

Одразу за розхитуванням зубів з ясенних кишень появляється виділення гною, відбувається його скупчення під окістям альвеолярного паростка або тіла щелепи. Гній швидко розплавляє окістя і проникає під ясна або в жирову клітковину м'яких тканин, що прилягає до щелеп. У першому випадку виникають підясенні абсцеси, в другому - формуються абсцеси і флегмони білящелепових тканин. При наявності інфекційного захворювання вказані абсцеси і флегмони формуються дуже швидко.

При зовнішньому обстеженні хворих гострим остеомієлітом щелеп відмічають асиметрію лица за рахунок коллатерального набряку м'яких тканин поблизу ураженої ділянки кістки. В той же час при наявності запального процесу в ділянці інших зубів верхньої щелепи набряк м'яких тканин виражений значніше, ніж при остемієліті нижньої щелепи. У деяких хворих набряк захоплює підорбітальну ділянку, нижнє повіко, виличну ділянку. В перші дні захворювання набряк м'яких тканин буває порівняно безболісним, однак в подальшому навіть торкання цієї ділянки викликає значний біль.

Часто спостерігаються хворі в гострій стадії, де відмічалось ураження передньої стінки тіла верхньої щелепи. Клінічна картина у всіх хворих характеризується ознаками остеомієліта альвеолярного паростка, симптомами гнійного гаймориту і гнійними запальними процесами в білящелепових тканинах. В одних хворих з ураженням передньої стінки тіла верхньої щелепи виникають абсцеси підорбітальної і щічної ділянок, в інших – щічної і виличної.

Якщо запальний процес розвивається в ділянках прикріплення жувальних м'язів, дуже швидко може виникнути запальна або рефлекторна контрактура цих м'язів, що призводить до зведення щелеп. Тривала запальна контрактура м'язів в ділянці скронево-нижньощелепового суглоба викликає розвиток анкілоза. Таке ускладнення спостерігається при остеомієлітах, що розвиваються в задніх відділах тіла, кута і гілки нижньої щелепи.

В більшості випадків, у зв'язку з різким зниженням рівня загальної імунологічної реактивності організму загальний стан може бути важкий. Хворі скаржаться на погане самопочуття, головний біль, загальну слабкість, поганий сон, підвищення температури тіла. Остання може досягати 38°-40°С.

Однак у більшості випадків визначається деяке зниження температурної реакції у більшості хворих при одонтогенних остеомієлітах, що можна пояснити зниженням загальної імунологічної реакції організму. Разом з тим відсутність температурної реакції при наявності інших септичних реакцій, необхідно розцінювати як погану прогностичну ознаку, особливо в ослаблених хворих.

При об'єктивному обстеженні зі сторони шкірних покривів, опорно-рухового апарату і внутрішніх органів будь яких небуть відхилень не спостерігається. Але якщо такі визначаються, то найчастіше вони обумовлені супутніми захворюваннями або ускладненнями. Але варто мати на увазі і можливість появи запальних вогнищевих змін в легенях, оскільки гострий одонтогенний остеомієліт часто виникає після загального переохолодження організму. Можуть бути зміни зі сторони нирок. В сечі виявляють білок і еритроцити. Але видільна функція в цілому не страждає. Після стихання запальних явищ в кістках щелеп, білок і еритроцити швидко зникають.

Важливе значення для оцінки захворювання має не тільки підвищення температури тіла, але і коливання її між ранішніми і вечірніми годинами. Якщо ці коливання перевищують 1,5-2°, то це вказує на подальше поширення процесу або наявність прихованого гнійного джерела. Необхідно врахувати, що на початку захворювання температура тіла може бути невисокою і тільки при наявності флегмони вона набуває септичного характеру.

При гострому одонтогенному остеомієліті практично завжди мають місце зміни у формулі крові хворих. В ній відмічають зниження числа еритроцитів і вмісту гемоглобіна, особливо при дифузних ураженнях щелеп, лейкоцитоз. ШОЕ спочатку збільшена незначно, але в подальшому вона наростає і може досягати до 60 мм/г. Дослідження на С-реактивний білок протягом тривалого часу залишається позитивним, що свідчить про те, що в організмі процес не ліквідований.

У більшості хворих відзначається виражене зниження лізоцима як в сировотці крові, так і в слині. Все це є ознакою того, що в організмі значно знижені імунні сили, а також знижений рівень загальної імунологічної реакції організму.

При хронічному остеомієліті болі в ділянці щелепи стихають, зменшується інфільтрація м'яких тканин, нормалізується картина крові і температура тіла. Основними клінічними ознаками хронічного остеомієліта необхідно рахувати появу внутрішніх і зовнішньоротових

нориць, з яких починається виділення густого гною. В ділянці джерела ураження можна відзначити потовщення кістки за рахунок окістя. Зуби, що знаходилися в зоні ураження кістки, рухомі. В глибині норицевого ходу визначають резорбцію кістки. Зондування нориці дозволяє визначити наявність секвестра, особливо при секвестрації компактного шару, або всієї товщі кістки. Рідше спостерігається секвестрація окремих ділянок кістки без утворення нориць. Такі випадки можуть виникнути у зв'язку із самолікуванням, або лікування проводилось середнім медперсоналом.

Досить часто при вогнищевому остеомієліті спостерігається секвестрація альвеолярного паростка в межах одного або декількох зубів, інколи секвестрація відбувалася в ділянці трьох і більше зубів.

Ураження альвеолярного паростка і тіла нижньої щелепи призводили до секвестрації зовнішньої стінки щелепи і значної ділянки альвеолярного паростка. В багатьох випадках секвеструвала не ділянка альвеолярного паростка, а нижній край щелепи на рівні декількох зубів. При ураженні тіла щелепи може відбутися патологічний перелом із секвестрацією значної ділянки. Мають місце ураження всієї гілки нижньої щелепи з суглобовим і вінцевим паростками, які закінчувалися відторгненням останніх. Нориці в цих випадках утворюються позаду щелепи, під щелепою та надключичній ділянці.

Зустрічаються ураження кута, гілки або паростків щелепи, що призводять в майбутньому до розвитку анкілоза скронево-нижньощелепового суглоба. Такі випадки мають місце у зв'язку з нераціональним і неповноцінним лікуванням.

Клінічна картина в усіх хворих з дифузним ураженням верхньої щелепи характеризується ознаками остеомієліта альвеолярного паростка, симптомами гнійного гаймориту і гнійними запальними процесами в білящелепних тканинах. У хворих з ураженням передньої стінки тіла верхньої щелепи може розвинутися абсцес підорбітальної і щічної ділянок, або щічної і виличної.

При ураженнях альвеолярного паростка і тіла верхньої щелепи, крім нориць в порожнині рота, у хворих виникають нориці на шкірі виличної і підорбітальної ділянок. Секвестрація ураженої ділянки виникала в ділянці тіла верхньої щелепи, альвеолярного паростка разом з дном верхньощелепової пазухи на рівні декількох зубів.

Хронічний остеомієліт альвеолярного паростка і горба верхньої щелепи може призвести до утворення нориць з вестибулярної і піднебінної сторін альвеолярного участка на рівні ураження, а також зовнішніх позадущелепових нориць. В таких хворих можуть секвеструвати ділянки горба і альвеолярного паростка в ділянці молярів.

При ураженні гілки нижньої щелепи з суглобовим і вінцевим паростками може виникнути секвестрація останніх. Норецеві ходи в цих випадках відкриваються у позадущелепові, підщелепові і надключичні ділянки. В більшості випадків спостерігалась секвестрація тіла нижньої щелепи, особливо тих його ділянок, які прилягали безпосередньо до причинного зуба. При цьому нижній край щелепи не був уражений, а некроз наступав в межах причинних зубів. Секвестри були незначних розмірів.

Лікування гострого одонтогенного остеомієліта щелеп полягає у проведенні комплексу лікувальних заходів, скерованих на ліквідацію гнійно-запальних вогнищ в кістці і оточуючих м'яких тканинах, а також ліквідацію порушень важливих функцій організму, викликаних основним захворюванням.

ВИСНОВКИ. Для визначення лікування на ранніх стадіях одонтогенного остеомієліта вкрай важливе ретельне обстеження хворого. Необхідно визначити особливості клінічного перебігу остеомієліта щелеп, його прогноз, попередити загострення процесу з метою збереження зубощелепової системи.

ЛІТЕРАТУРА

1. Биберман Я.М. Клиника одонтогенного остеомиелита верхней челюсти у взрослых // Стоматология. – 1978. - №6. - 31 с.
2. Забелин А.С., Шаргородский А.Г. Факторы антимикробной защиты при лечении больных одонтогенным остеомиелитом нижней челюсти // Стоматология. – 1983. - № 6. – С. 59.
3. Лукьяненко В.И. Остеомиелиты челюстей. Изд. Медицина, 1986.
4. Солнцев А.М. Остеомиелит челюстей. - Киев. - 1970. - 236 с.
5. Емельяненко В.В. Одонтогенные остеомиелиты челюстей в детском возрасте. - М. - 1973. - 80 с.
6. Козлов В.А. Иммунологические и биохимические показатели крови при травматическом остеомиелите нижней челюсти // Вестник хирургии. - 1981. - № 4 - С. 99-101.
7. Наумов П.В., Михайлов М.Н., Старенькова Г.В. и др. Травматический остеомиелит нижней челюсти и его профилактика // Стоматология. - 1983. - №2.- С.41-43.

В.Г. САЙ, В.В.ТАРАСОВ

ЗАСТОСУВАННЯ ПРОДУКТІВ БДЖІЛЬНИЦТВА В СТОМАТОЛОГІЇ

Цілющі властивості продуктів бджільництва дають можливість активно боротися з багатьма захворюваннями.

Ключові слова : продукти бджільництва, захворювання, оздоровлення.

Целебные свойства продуктов пчеловодства дают возможность активно бороться со многими заболеваниями.

Ключевые слова: продукты пчеловодства, заболевания, оздоровление.

Curative properties of bee-keeping products give the opportunity of effective combatting numerous diseases.

Key-words: products of bee-keeping, diseases, health improvement.

Відомо, що лікувати запальний процес необхідно антибіотиками, розмаїтими сиропами і таблетками. Їх пропонують нам лікарі та багаточисельні фірми. І ми, не скриваючи правди, вживаємо все те, що нам рекламують, не задумуючись про наслідки. Однак буває так, що вилікувавши одне захворювання, ми набуваємо низку інших і активно переходимо лікувати печінку, шлунок, серце і суглоби і т. д. Хоча природа подбала про ліки, які дають тільки користь. Мається на увазі багаточисельні лікарські рослини, продукти бджільництва. Про користь останніх знали ще найдавніші предки. А тому медоносних бджіл вони дуже цінили і поважали. Бджолина продукція була чи не єдиним джерелом солодоців, а також незамінним лікарським середником.

Біля 300 компонентів, в тому числі глюкоза, фруктоза та біля 150 корисних мікроелементів і вітамінів меду володіють лікувальними властивостями. Відомо, що мед,