

4. Бобров В.О. Дослідження варіабельності серцевого ритму у кардіологічній практиці: [метод. рекомендації] / Бобров В. О., Чубучний В. М., Дзяк В. Г. – К., 1999. – 24 с.

5. Бойчук Т.В. Стан провідної системи серця у спортсменів / Т.В. Бойчук, О.М. Лібрик, М.Г. Голубева // Спортивна медицина. – 2006. – № 1. – С. 10-12.

6. Коваленко С.О. Індивідуальні особливості хвильової структури серцевого ритму при дозованому фізичному навантаженні / С.О. Коваленко // Спортивна медицина. – 2006. – № 1. – С. 3-9.

7. Ландырь А.П. Особенности адаптации миокарда к нагрузке у детей, занимающихся спортом, по данным ЭКГ нагрузочного теста / А. П. Ландырь // Спортивная медицина. – 2006. – №2. – С. 15-18.

8. Перхуров А.М. Принципы построения функционально-диагностического исследования спортсменов, имеющего донозологическую направленность (Методическое пособие для врачей кабинетов функциональной диагностики и врачей по спорту) / Пе-

рхуров А.М. – М.: ИД «Медпрактика-М», 2007. – 76с.

9. Халафян А.А. STATISTICA 6. Статистический анализ данных / Халафян А.А. – М.: ООО «Бином-Пресс», 2007. – 512 с.

10. Шевченко И.Н. Диагностика и коррекция вегетативного дисбаланса у спортсменов сложнокоординационных видов спорта / И.Н. Шевченко // Запорожский медицинский журнал. – 2008. – Т. 50, № 5. – С. 103-105.

11. Andre E. Heart rate variability in athletes / E. Andre, B. Seps, F. Beckers // Sport. Med. – 2003. – Vol. 33, N 12. – P. 889-919.

12. Earnest C. P. Relation between physical exertion and heart variability characteristics in professional cyclists during Tour Spain / C. P. Earnest, R. Jurca, T. S. Church // Sport. Med. – 2004. – Vol. 38. – P. 568-575.

13. Mourot L. Decrease in heart rate variability with overtraining: Assessment by the Pioncare plot analyses / L. Mourot, M. Bouhaddi, S. Perrey // Clin. Physiol. Funct. Imag. – 2004. – Vol. 24, N 1. – P. 10-18.



УДК 616.716-018.44-002-008.811.9-036.1

М.П. Комський

КЛІНІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ ХРОНІЧНОГО ОДОНТОГЕННОГО ОСТЕОМІЄЛИТУ НИЖНЬОЇ ЩЕЛЕПИ

*Дніпропетровська державна медична академія
кафедра онкології і медичної радіології
(зав. – д.мед.н., проф. І.М. Бондаренко)*

Ключові слова: деструктивна форма хронічного одонтогенного запального процесу нижньої щелепи, деструктивно-продуктивна форма одонтогенного запального процесу нижньої щелепи, хронічний остеомієліт нижньої щелепи, нижня щелепа

Key words: destructive form of chronic odontogenous inflammatory process of lower jaw, destructively-productive form of odontogenous inflammatory process of lower jaw, chronic osteomyelitis of lower jaw, lower jaw

Резюме. Работа посвящена клиническим особенностям течения деструктивной и деструктивно-продуктивной форм хронических одонтогенных воспалительных процессов нижней челюсти, позволяет проводить дифференциальную диагностику форм хронического остеомиелита нижней челюсти и на этом основании планировать адекватную терапию.

Summary. The work is devoted to the clinical features of destructive and destructively-productive forms of the chronic odontogenous inflammatory processes of lower jaw. It allows to conduct differential diagnostics of forms of chronic osteomyelitis of low jaw and on this ground to perform scheduled adequate therapy.

Актуальність теми. Проблема лікування хворих із запальними захворюваннями щелепно-лицьової локалізації стає все більш значущою, займаючи одне з перших місць у хірургічній стоматології і щелепно-лицьової хірургії. Такі пацієнти складають до 60% пацієнтів, що звертаються по стоматологічну допомогу на догоспі-

тальному етапі, а понад 50%-70% ліжкового фонду стаціонарів зайняті хворими із гнійними захворюваннями в щелепно-лицьової ділянці [1,7,10].

В останні десятиліття помітно збільшується кількість осіб з атиповими або тяжко перебігаючими формами даної патології, що нерідко

приводить до розвитку ускладнень із летальними результатами і до значної втрати працездатності, а іноді й інвалідності [3,6,8,9,11,12].

У зв'язку з вищевикладеним, метою даної роботи стало визначення клінічних особливостей перебігу тяжких форм хронічного одонтогенного остеомієліту нижньої щелепи.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕНЬ

Проаналізовані результати лікування 117 хворих, що лікувались із приводу хронічної стадії одонтогенного остеомієліту нижньої щелепи.

Для детального клініко-статистичного аналізу нами була використана статистична технологічна карта [4], що освітлювала клініко-статистичні дані, що характеризують медико-соціальний і демографічний статус хворих, особливості надання медичної допомоги на етапах лікування, кількість і структуру післяопераційних ускладнень, тривалість перебування хворого на ліжку і втрати працездатності, як параметри, що характеризують клінічну ефективність хірургічного лікування. Програма для комп'ютерної обробки даних клініко-статистичного дослідження створена відповідно до ГОСТ 19-002-80 «Схема алгоритмів і програм». Всі отримані результати статистично оброблялися методами варіаційної статистики [2,5] на персональному комп'ютері Pentium-4 з використанням пакету прикладної статистики Stat Soft Inc, що ліцензіював (1999) «Statistica for Windows».

РЕЗУЛЬТАТИ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

За період з 2000 по 2008 роки на стаціонарному лікуванні в Дніпропетровському міському хірургічному Центрі патології голови і шиї перебувало 117 хворих із тяжкими проявами хронічного одонтогенного остеомієліту нижньої щелепи.

Серед них було 90 (76,9%) чоловіків і 27 (23,1%) жінок. Вік цих пацієнтів складав $38,07 \pm 3,25$ року. Захворювання переважно характеризувалося гіпергіческою запальною реакцією. У всіх хворих встановлено одонтогенне джерело інфекції.

Анамнез хвороби показав, що 52 (44,5%) чоловіки госпіталізовано у стаціонар із хронічною стадією одонтогенного остеомієліту нижньої щелепи.

За даними анамнезу, у цих хворих захворювання перебігало без яскраво виражених ознак запалення і характеризувалося слабо вираженим больовим синдромом. У інших 17 пацієнтів із первинно - хронічним перебігом захворювання

нами не встановлена в анамнезі гостра стадія остеомієліту або симптоми гострого одонтогенного запалення. Всі ці хворі поступали в стаціонар під наше спостереження в хронічній стадії одонтогенного остеомієліту.

Загальний стан у 105 (89,7%) хворих був задовільним, у 12 (10,3%) чоловік – середньотяжким. Температурна реакція у 43 (36,8%) хворих була в межах субфебрильних цифр, у 51 (43,6%) пацієнта захворювання перебігало без підвищення температури тіла. У 23 (19,7%) чоловік наголошувався періодичний підйом температури тіла, особливо вечірньої пори.

Хворі, як правило, були бліді, часто драгівливі. У них наголошувалося підвищене потовиділення, пульс у 38 (32,5%) чоловік був прискорений. Почастішання пульсу до 90 - 100 ударів в хвилину спостерігалось у 14 (11,9%) чоловік.

Локальна симптоматика захворювання була виражена слабо (табл.1, 2, 3). У 76 (65,4%) спостерігалось вираженість набряку, у 18 (15,4%) набряк був різко виражений, у 18 (15,4%) набряк був слабо виражений, а у 5 (3,8%) хворих набряку не було. У всіх хворих був різною мірою виражений інфільтрат у ділянці остеомієлітичного вогнища ($2,72 \pm 0,34$ см). Консистенція інфільтрату у 58 (50%) хворих була туга, у 49 (42,3%) – тестовата, а у 9 (7,7%) – інфільтрату не було. Колір інфільтрату у 54 (46,2%) був слабо гіперемований, у 18 (15,4%) – гіперемований, а у 41 (38,4%) хворого колір інфільтрату не змінювався. Стан регіонарних лімфатичних вузлів був таким: збільшені і рухливі на боці ураження – у 58 (50%) хворих, збільшені і помалорухливі на боці ураження – у 49 (42,3%), а незбільшені – у 9 (7,7%). На рентгенограмі нижньої щелепи у 105 (90,5%) хворих була перебудова структури ділянки кістки з наявністю секвестральних капсул, у 8 (7,1%) – виражені вогнища деструкції кістки, а у 3 (2,4%) випадках – нерівні, порозі ділянки кістки. Наявність зовні - і внутрішньоротових свищів із гнійним відділюванням виявлено у 58 (50%) хворих.

Рентгенографічна картина даного захворювання по характеру і об'єму ураження була достатньо різноманітною. За клініко-рентгенографічними ознаками серед наших хворих було виділено 2 підгрупи:

I - з деструктивною (секвеструючою) формою - 106 (91,4%) чоловік.

II - з деструктивно-продуктивною (рарефікуючого) формою - 11 (9,6%) чоловік.

Таблиця 1

Виразеність місцевих симптомів у процесі лікування ХООНЧ

Кількість хворих	Рєєстровані показники								
	виразеність набряку (%)				розмір інфільтрату (см.)	консистенція інфільтрату (%)			
	різко виражений	виражений	слабо виражений	немає		дерев'янистий	тугий	тестоватий	немає
117	15,4	65,4	15,4	3,8	2,72±0,34	0	50,0	42,3	7,7

Продуктивна (гіперпластична) форма нами не спостерігалася, але в обох підгрупах були пацієнти з різним ступенем вираженості продуктивної реакції окістя і перифокальних від-

ділів кости. Нами це розцінювалося як розлита реакція окістя і кістки на гнійний, некротичний або негнійний процес у кістці, тобто на остеомієлітичне вогнище і різний їх патоморфоз.

Таблиця 2

Виразеність місцевих симптомів у процесі лікування ХООНЧ

Кількість хворих	Рєєстровані показники							
	колір інфільтрату (%)				стан регіонарних лімфатичних вузлів (%)			
	різка гіперемія	гіперемія	слабка гіперемія	немає	збільшені з обох сторін, помалорухливі	збільшені, малорухливі	збільшені, рухливі	немає
117	0	15,4	46,2	38,4	0	42,3	50,0	7,7

Перебіг деструктивної (секвеструючої) форми остеомієліту характеризувався тривалістю захворювання від 3-4 місяців до 2 років із періодичними загостреннями. У 9 ослаблених хворих у віці, старшому за 50 років, на тлі супутніх захворювань гнійний-запальний процес у нижній щелепі розвивався поволі, і секвестрація перебігала мляво протягом довгого часу. Як правило, хронічний перебіг остеомієліту спостерігався у

них із самого початку захворювання. Для 6 з цих пацієнтів був характерний регіонарний лімфаденіт. У 79 з 106 хворих цієї підгрупи діагностований осередковий, у 27 хворих - дифузний остеомієліт нижньої щелепи. Клінічно у 63 хворих визначався виражений інфільтрат у ділянці ураженої ділянки щелепи, у 53 пацієнтів - свищі з незначним гнійним відокремлюваним і у 53 - втягнуті рубці на місці існуючих свищів.

Таблиця 3

Виразеність місцевих симптомів у процесі лікування ХООНЧ

Кількість хворих	Рєєстровані показники							
	рєєтєнограма щєлєпи (%)				наявність свища і його виділення (%)			
	перебудова структури ділянки кістки з наявністю секвестральних капсул	виражені вогнища дєєструкції кістки	нерівні, порозі ділянки кістки	немає	є жовтувате виділення	є зеленувате виділення	є серозне виділення	немає
117	90,5	7,1	2,4	0	7,1	19,1	23,8	50

Для всіх 27 пацієнтів з дифузним ураженням щелепи була характерна "повзуча" форма остеомієліту. Незважаючи на адекватне лікування і радикальні оперативні втручання, процес супро-

воджувався дєєструкцією значних ділянок тіла і гілки щєлєпи, втратою великої кількості зубів і кісткової тканини. На рєєтєнограмах наголошувалися множинні вогнища дєєструкції і сек-

вестри різних розмірів. У 12 з цих хворих, неодноразово оперованих, спостерігався патологічний перелом нижньої щелепи і продовження деструктивного процесу.

Для більшості хворих із деструктивною формою хронічного одонтогенного остеомієліту була характерною відсутність періостальної реакції і чіткої зони демаркації, і лише у 6 з них відмічена продуктивна реакція окістя.

ВИСНОВКИ

1. Хронічний одонтогенний остеомієліт нижньої щелепи характеризувався млявим, гіпергічним перебігом. Атипові клінічні прояви зумовили невстановлений діагноз у гострій стадії захворювання на дошпитальному етапі майже у половини хворих. Це привело до неефективного медикаментозного і хірургічного лікування. Повноцінну терапію в гострій стадії захворювання отримала лише одна третина хворих, решта пацієнтів вперше була госпіталізована тільки при

черговому загостренні на 3-6 місяці від початку запального процесу. Понад половину хворих страждали деструктивно-продуктивною формою хронічного одонтогенного остеомієліту, в інших встановлена деструктивна форма захворювання.

2. Для деструктивних форм була властива тривалість захворювання до 2 років, з "млявою" секвестрацією, тривалий час були відсутні періостальна реакція і зона демаркації. В окремих хворих також встановлені безсвищеві форми захворювання, при цьому рентгенологічно секвестри не визначалися. При дифузних ураженнях, незважаючи на радикальні оперативні втручання і адекватне медикаментозне лікування, спостерігався прогрес процесу з ураженням обширних ділянок нижньої щелепи, що іноді супроводжувалося патологічним переломом. У частини хворих спостерігали безсвищеві форми, в окремих пацієнтів - "повзучий" характер процесу.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Бажанов Н.Н., Александров М.Т. Применение методов лазерной флуоресцентной диагностики в гнойной хирургии // Стоматология. – 2002. – Т.81, №1. – С. 48-51.
2. Гланц С. Медико-биологическая статистика.- М.: Практика, 1998. – 459 с.
3. Егорова О.А. Исходы лечения одонтогенного медиастинита и выживаемость больных на отдаленных этапах наблюдения // Материалы междунар. конф. челюстно-лицевых хирургов и стоматологов. – Санкт-Петербург, 2002. – С.56-57.
4. Комский М.П., Малевич О.Е. Определение тяжести гнойно-воспалительного процесса челюстно-лицевой локализации // Вісник стоматології. – 2005.- №1.- С. 45-48.
5. Лакин Г.Ф. Биометрия: Учеб. пособие для биол. спец. ВУЗов. - 4-е изд., перераб. и доп. - М.: Высш. шк., 1990. - 352 с.
6. Применение медицинского озона в комплексном лечении хронических и вялотекущих инфекционно- воспалительных заболеваний челюстно-лицевой области / Агапов В.С., Шулаков В.В., Смирнов С.Н. и др. // Клиническая стоматология. – 2002. - №2. – С. 22-25.
7. Робустова Т.Г. Динамика частоты и тяжести одонтогенных воспалительных заболеваний за 50 лет // Стоматология. – 2007. – №3. – С. 63-66.
8. Царев В.Н., Ушаков Р.В. Антимикробная терапия в стоматологии. – М: МИА, 2004. – 143с.
9. Шаргородский А.Г. Воспалительные заболевания челюстно-лицевой области и шеи. – М.: Геотар-Мед, 2002. – 352с.
10. Шаргородский А.Г. Профилактика воспалительных заболеваний лица и шеи и их осложнений в стоматологических поликлиниках // Труды VII Всероссийского съезда стоматологов. – М., 2001. – С. 126-128.
11. Renton T.F., Danks J., Rosenfeld J.V. Cerebral abscess complicating dental treatment. Case report and review of the literature // Austral. Dent. J. – 1996. – Vol. 41, N 1. – P. 12-15.
12. Sayed Y., Dousary S. Deep-neck space abscesses // J. Otolaryngol. – 1996. –Vol. 25, N4. – P. 227-233.

