

Возможность прогнозирования генерализации острой одонтогенной инфекции при помощи одной из систем соответствия

*Белорусский государственный медицинский университет,
Белорусский Сотрудничающий Центр ЕАСМФС, г. Минск, Беларусь*

Цель работы – определить зависимость разрушения твердых тканей первых и вторых моляров нижней челюсти с осложнениями острой одонтогенной инфекции и развитием её очаговой диффузии. При исследовании было проанализировано 154 карты стоматологического уровня здоровья, 80 рентгенограмм больных с абсцессами и флегмонами челюстно-лицевой области и 12 историй болезни пациентов с острым одонтогенным медиастинитом. Результаты подтверждают: 1) высокую информативность системы соответствия степени разрушения твердых тканей зубов и состояния систем органов организма человека; 2) зависимость разрушения зубов 3.6, 3.7, 4.6, 4.7 с осложнениями одонтогенной инфекции; 3) патогенетическое звено, указывающее на способность одонтогенной инфекции к очаговой диффузии.

Ключевые слова: прогнозирование, твердые ткани зуба, одонтогенная инфекция.

Aim of work is to determine destruction dependence of teeth bone of the first and second molars of the lower jaw with complications of acute odontogenic infection and its focus diffusion development. During examinations we analyzed 154 patient's cards for stomatological health, 80 x-ray pictures for patients with abscesses and phlegmons located in the maxillofacial area, 12 case histories for patients with acute odontogenic mediastinitis. Results we received confirm: 1) high level of the information value for the system of correspondence of teeth bone destruction level and of the human body organs state; 2) dependence of teeth bone destruction 3.6, 3.7, 4.6, 4.7 with complications of odontogenic infection; 3) pathogenetic connection showing possibility of odontogenic infection to the focus diffusion.

Key words: prognostication, teeth bone, odontogenic infection.

Введение. В Восточной медицине существует несколько систем соответствия. Согласно учению об органах они проецируются на различные части тела: на уши, стопы и ладони, лицо, язык и радужную оболочку глаза. Проведено много исследований по проблеме функционирования системы энергетических связей между точками акупунктуры (АТ), между АТ и органами и системами, а также между органами и системами в пределах как указанных систем соответствия, так и целостного организма, что и является одной из составляющих, которые определяют его гомеостаз [1]. По данным специальной литературы и анналов древней Восточной медицины известна еще одна система соответствия – связь состояния твердых тканей зубов с органами и системами человека [11]. На современном этапе она применяется редко не только в практическом здравоохранении, но даже в пределах повседневной практики нетрадиционных методов диагностики и лечения, несмотря на тот факт, что была неоднократно подчеркнута ее хорошая информативность [6].

В тоже время число гнойно-воспалительных заболеваний челюстно-лицевой области одонтогенной этиологии на современном этапе не имеет тенденции к снижению [7]. Удельный вес больных с указанной патологией составляет от 27,2% до 61% от общего числа госпитализированных пациентов [2] и 10–20% госпитализированных в специализированные отделения [8]. Причем значимая доля из них протекает не только с развитием тяжелых осложнений [3, 4, 9], но достаточно часто является причиной диффузии острой одонтогенной инфекции и связанной с этим патологией органов и систем организма человека [10, 12].

Однако до настоящего момента не прослежена связь развития тяжелых осложнений острой одонтогенной инфекции с разрушением твердых тканей соответствующих зубов (первых и вторых моляров нижней челюсти). Нет данных о зависимости разрушения твердых тканей зубов с развитием очаговой диффузии острой одонтогенной инфекции у больных данной категории. Все изложенное выше определяет актуальность исследования и обосновывает его целесообразность.

Цель работы – определить зависимость разрушения твердых тканей первых и вторых моляров нижней челюсти с осложнениями острой одонтогенной инфекции и развитием её очаговой диффузии.

Для реализации поставленной цели были определены следующие задачи:

- 1) на основании клинического (уровень стоматологического здоровья) и социологического исследования выявить уровень информативности системы соответствия состояния твердых тканей первых и вторых моляров нижней челюсти – состоянию желудочно-кишечного тракта, в том числе его начальному отделу – полости рта;
- 2) на основании анализа рентгенограмм определить выявить зависимость разрушения твердых тканей первых и вторых моляров нижней челюсти с осложнениями острой одонтогенной инфекции;
- 3) на основании анализа архивного материала определить связь разрушения твердых тканей зубов с развитием очаговой диффузии острой одонтогенной инфекции по органам и системам.

Объекты и методы. При изучении уровня информативности системы соответствия состояния твердых тканей первых и вторых моляров нижней челюсти (3.6, 3.7, 4.6, 4.7) – состоянию желудочно-кишечного тракта, в том числе его начальному отделу – полости рта было проанализировано и сопоставлено 154 карты стоматологического уровня здоровья [5] и анкеты пациентов, обращавшихся за специализированной помощью в учреждения здравоохранения стоматологического профиля г. Минска. Анкета включала перечень вопросов о наличии у пациентов общих заболеваний.

При проведении исследований по определению зависимости разрушения твердых тканей первых и вторых моляров нижней челюсти с осложнениями острой одонтогенной инфекции было проанализировано 80 рентгенограмм (ортопантограмм и рентгенограмм нижней челюсти выполненных в боковой проекции) у пациентов с диагнозами:

- острый одонтогенный остеомиелит осложнённый абсцессом челюстно-язычного желобка (21);
- острый одонтогенный остеомиелит осложнённый абсцессом крыловидно-нижнечелюстного пространства (20);
- острый одонтогенный остеомиелит осложнённый абсцессом субмассетериального пространства (22);
- острый одонтогенный остеомиелит осложнённый флегмоной дна полости рта (17).

Данные по распределению локализации острых одонтогенных гнойно-воспалительных процессов относительно сагиттальной оси тела человека представлены в табл. 1.

Таблица 1

Данные распределения локализации острых одонтогенных гнойно-воспалительных процессов относительно сагиттальной оси тела человека

Осложнения острой одонтогенной инфекции	Справа	Слева
острый одонтогенный остеомиелит осложнённый абсцессом челюстно-язычного желобка	11	10
острый одонтогенный остеомиелит осложнённый абсцессом крыловидно-нижнечелюстного пространства	12	9
острый одонтогенный остеомиелит осложнённый абсцессом субмассетерияльного пространства	10	12
острый одонтогенный остеомиелит осложнённый флегмоной дна полости рта	17	

Сведения о распределении видов лучевого обследования челюстно-лицевой области у больных с острыми одонтогенными гнойно-воспалительными процессами приведено в табл. 2.

При выявлении связи разрушения твердых тканей зубов с развитием очаговой диффузии острой одонтогенной инфекции по органам и системам было проанализирован архивный материал в объеме 12 историй болезни пациентов с острым одонтогенным медиастинитом и соответственно 12 рентгенограмм (9 ортопантограмм и 3 рентгенограммы боковой проекции нижней челюсти).

Таблица 2

Данные о распределении видов лучевого обследования челюстно-лицевой области у больных с острыми одонтогенными гнойно-воспалительными процессами

Осложнения острой одонтогенной инфекции	Ортопантограмма	Рентгенограмма нижней челюсти в боковой проекции
острый одонтогенный остеомиелит осложнённый абсцессом челюстно-язычного желобка	5	16
острый одонтогенный остеомиелит осложнённый абсцессом крыловидно-нижнечелюстного пространства	7	14
острый одонтогенный остеомиелит осложнённый абсцессом субмассетерияльного пространства	8	14
острый одонтогенный остеомиелит осложнённый флегмоной дна полости рта	4	13

Изложенное дает основание заключить, что группы для исследования были подобраны верно и являются равновеликими и однородными по указанным признакам.

Полученные данные были подвергнуты обработки методом вариационной статистики на персональном компьютере с использованием пакета прикладных программ «STATISTIKA».

Результаты и обсуждение. При изучении уровня информативности системы соответствия состояния твердых тканей первых и вторых моляров нижней челюсти – состоянию желудочно-кишечного тракта, в том числе его начальному отделу – полости рта выявлено следующее.

Из группы больных, имевших в анамнезе заболевания желудка 80% - гастрит, 20% - язвенную болезнь.

Из указанных пациентов у 50% больных имели поражения всех четырех зубов, представленные четырьмя вариантами:

- 1) 50% - 2 запломбированы, 1 отсутствует и 1 коронка;
- 2) 16% - 1 зуб запломбирован, 2 отсутствуют и 1 зуб покрыт коронкой;
- 3) 17% - 2 зуба отсутствуют и 2 зуба покрыты коронками;

4) 17% - 4 зубов запломбированы.

У 40% обследованных имелось поражение 3 зубов из 4 в следующих вариантах:

1) 26% - все 3 были запломбированы;

2) 24% - 1 зуб запломбирован, 1 – покрыт коронкой, 1 зуб поражен кариесом;

3) 23% - 1 зубов запломбирован и 2 поражено кариесом;

4) 27% - 2 зуба запломбированы и 1 – покрыт коронкой.

У 10% пациентов имели место 2 пораженных зубов из 4:

34% - 2 зуба запломбировано;

42% - 1 зуб запломбирован и 1 зуб отсутствует;

24% - 2 зуба отсутствуют.

Частота поражения твердых тканей первых и вторых моляров нижней челюсти у пациентов, имеющих в анамнезе заболевания желудочно-кишечного тракта отражена на рис. 1.

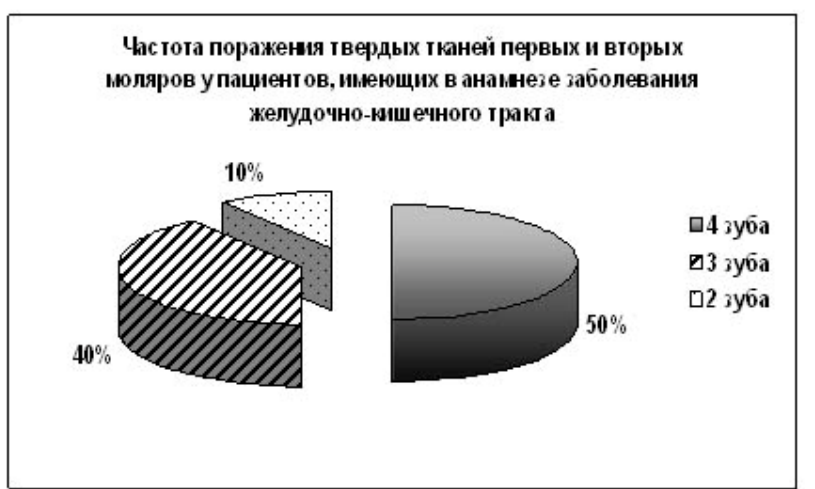


Рис. 1 Частота поражения твёрдых тканей первых и вторых моляров у пациентов, имеющих в анамнезе заболевания желудочно-кишечного тракта.

В результате исследований по определению зависимости разрушения твердых тканей первых и вторых моляров нижней челюсти с осложнениями острой одонтогенной инфекции было определено, что первые и вторые моляры нижней челюсти явились причиной осложнения острой одонтогенной инфекции у 72 больных (90% наблюдений), что согласуется данными специальной литературы [12]. Из них у 9 больных (13%) коронки «причинных» зубов были разрушены на 1/3, у 35 индивидуумов (48%) – на 1/2, у 32 пациентов (23%) – на 2/3, у 7 обследованных (5%) коронка была разрушена полностью, что отражено на рис. 2.

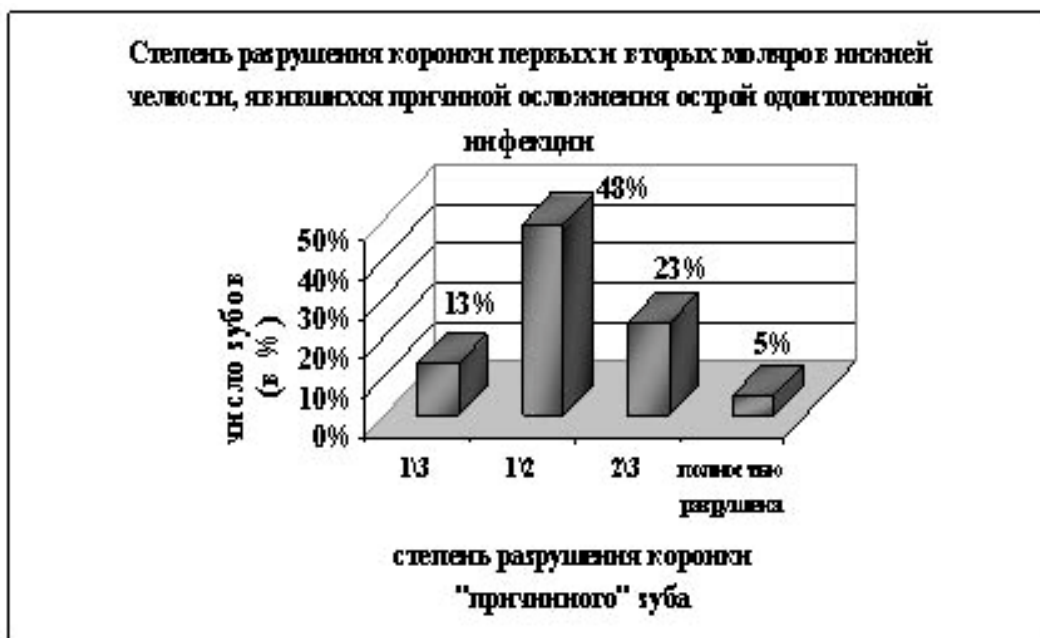


Рис. 2 Степень разрушения коронки первых и вторых моляров нижней челюсти, явившихся причиной осложнения острой одонтогенной инфекции.

Результаты изучения зависимости разрушения твердых тканей зубов с развитием очаговой диффузии острой одонтогенной инфекции по органам и системам свидетельствуют, что осложнения по органам и системам у данной категории больных присутствовало в 100% наблюдений. Распределение частоты отмеченных осложнений по системам органов у пациентов с одонтогенными медиастинитами представлено в табл. 3.

Таблица 3

Частота наблюдения осложнений одонтогенных медиастинитов по органам и системам

Осложнения, отмеченные у больных с одонтогенным медиастинитом по органам и системам	Число больных (абсолютное и в %)
Сердечно-сосудистая система	6 (50%)
Дыхательная система	3 (25%)
Система органов пищеварения	2 (16,7%)
Нервная система	1 (8,3%)

При этом разрушение твердых тканей соответствующих зубов и число возникших осложнений по органам и системам у больных одонтогенным медиастинитом составило 83%.

Вывод. Представленные результаты:

- 1) подтверждают высокую информативность системы соответствия степени разрушения твердых тканей зубов и систем органов организма человека;
- 2) свидетельствуют о зависимости разрушения твердых тканей первых и вторых моляров нижней челюсти с осложнениями одонтогенной инфекции;
- 3) являются косвенным подтверждением не только одонтогенной природы медиастинита, но и патогенетического звена, указывающего на способность одонтогенной инфекции к очаговой диффузии.

Литература

1. Воронов, В. Я. Модель системы энергетических связей между точками акупунктуры / В. Я. Воронов. М.: АНМИ. 1999. 194 с.

2. Кубаев, Р. Э. Клинико-гениалогический анализ родословных детей, больных гнойно-воспалительными заболеваниями челюсти / Р. Э. Кубаев, Н. М. Шавази // Мед. науч. и учеб.-метод. журнал. 2001. № 3. С. 152–158.
3. Матрос-Таранец, И. Н. Анализ летальности больных острыми одонтогенными воспалительными заболеваниями челюстно-лицевой области / И. Н. Матрос-Таранец [и др.] // Архив клинич. и эксперим. медицины. 2003. Т. 12, № 1. С. 24–27.
4. Походенько-Чудакова, И. О. Оптимизация подходов к интубации пациентов с разлитыми гнойно-воспалительными процессами в челюстно-лицевой области / И. О. Походенько-Чудакова, Г. В. Янкович, Е. В. Рудая // Медицина критических состояний. Перспективы, проблемы, решения: сб. статей. Екатеринбург, 2006. С. 111–115.
5. Стоматологический уровень здоровья: рекомендации по методике определения / под ред. П. А. Леус [и др.]. М., 1990. 39 с.
6. Сычик, Т. Н. Целесообразность разработки научно-обоснованной системы прогнозирования заболеваний по состоянию твердых тканей зубов: сб. материалов городской науч.-практ. конф. с международ. участием «Паринские чтения» / Т. Н. Сычик, И. О. Походенько-Чудакова; под ред. И. О. Походенько-Чудаковой, О. П. Чудакова, С. А. Кабановой. Витебск: ВГМУ, 2008. С. 294–298.
7. Тимофеев, А. А. Руководство по челюстно-лицевой хирургии и хирургической стоматологии / А. А. Тимофеев. Киев: Червона Рута-Туре, 2002. 1024 с.
8. Ушаков, Р. В. Комплексный подход к антимикробной терапии в лечении одонтогенных гнойно-воспалительных заболеваний челюстно-лицевой области / Р. В. Ушаков, В. Н. Царев // Рос. стоматол. журн. 2003. № 6. С. 40–44.
9. Хирургические инфекции: руководство / под ред. И. А. Ерюхина, Б. Р. Гельфанда, Л. А. Шляпникова. СПб.: Питер, 2003. 864 с.
10. Чудаков, О. П. Оральный хронический сепсис и фокальная инфекция: методические рекомендации / О. П. Чудаков, Л. И. Леус. Минск: МГМИ, 1996. 40 с.
11. Шнорренбергер, К. Учебник китайской медицины для западных врачей / К. Шнорренбергер. М.: «Valbe», 2003. 560 с.
12. Юдина, Н. А. Роль воспалительных заболеваний периодонта в развитии ишемической болезни сердца: сб. материалов городской науч.-практ. конф. с международ. участием «Паринские чтения» / Н. А. Юдина, Г. А. Скороход; под ред. И. О. Походенько-Чудаковой, О. П. Чудакова, С. А. Кабановой. Витебск: ВГМУ, 2008. С. 89–92