

ԾՆՈՏՆԵՐԻ ՈՍԿՐԵՐԻ ՕՂՈՆՏՈԳԵՆ ՊԵՐԻՕՍՏԻՏԸ

ՄԱՆԿԱԿԱՆ ՏԱՐԻՔՈՒՄ

Ծնոտների ոսկրերի պերիօստիտը բորբոքային երևույթ է, որի կիզակետը վերնոսկրում է: Պերիօստիտը՝ որպես ինքնուրույն նոզոլոգիական տեսակ առանձնացնելը պայմանավորված է նրան բնորոշ տեղային և ընդհանուր կլինիկական պատկերի առկայությամբ:

Օդոնտոգեն պերիօստիտն առաջանում է ատամի պուլպաից կամ պերիօդոնտից՝ բորբոքային գործընթացը ատամի շրջակա ոսկրային հյուսվածքին, ապա նաև վերնոսկրին տարածվելու հետևանքով:

Ըստ կլինիկական ընթացքի և ախտակազմաբանական պատկերի՝ տարբերում են պերիօստիտի սուր (շճային և թարախային) և քրոնիկական (հասարակ և օսիֆիկացնող) տեսակները:

ՍՈՒՐ ՇՃԱՅԻՆ ՊԵՐԻՕՍՏԻՏ (ՄՇՊ)

Ատամների ձևավորման, ծկթման, փոխարինման և ծնոտների ոսկրերի աճման ժամանակաշրջանում ատամի պուլպաի առատ արյունամատակարարումը և ավշի շրջանառությունը նպաստում են բորբոքային գործընթացի տարածմանը պուլպաից կամ պերիօդոնտից դեպի ոսկրային հյուսվածք կամ վերնոսկր: Աճող ծնոտների ոսկրերը ֆիզիոլոգիական դրդվածության վիճակում են և հեշտորեն արձագանքում են ցանկացած գրգռիչի: Ատամի պուլպաի կամ պերիօդոնտի սուր բորբոքման դեպքում անոթների բորբոքային գործընթացը ոսկրածուծային տարածություններով, հնարավոր է նաև հեմատոգեն (հիմնականում երակներով) և լիմֆոգեն ուղիներով, արագ տարածվում է դեպի վերնոսկր, բերանի խոռոչի լորձաթաղանթ և փափուկ հյուսվածքներ՝ առաջացնելով բորբոքման տարածուն պերիֆոկալ օջախ: Առաջանում են կազմաբանական փոփոխություններ՝ վերնոսկրի անոթների գերարյունություն, վերնոսկրի այտուց և բջջային ներափռանք, որի հետևանքով այն հաստանում է, դառնում փխրուն, նրա թելիկները սրոռվում են շճային էքսուդատի կուտակումից: Գործընթացի հետագա զարգացման դեպքում շճային էքսուդատը վերածվում է թարախայինի:

ՄՇՊ-ն դրսևորվում է լորձաթաղանթի անցման ծալքի հարթվածությամբ, շոշափելիս արտահայտված ցավոտությամբ, ավելի հաճախ տեղակայվում է ատամնաբնային ելուստի արտաքին կողմից, կարող է տարածվել պատճառային ատամի տիրույթից հեռու: Բորբոքված վերնոսկրին հարող լորձաթաղանթը գերարյուն է և այտուցված: Բորբոքային այտուցը տարածվում է դեմքի հարակից փափուկ հյուսվածքների վրա. փափուկ հյուսվածքների ծավալը մեծանում է, դրանք դառնում են պաստոզ: Չարգանում է շրջակա լիմֆադենիտ:

Երեխան դառնում է անհանգիստ, խանգարվում են քունը և ախորժակը, մարմնի ջերմաստիճանը բարձրանում է և լինում է ենթատենդային:

Այս փուլում սուր պերիօստիտը կարող է գնահատվել որպես պուլպիտին կամ պերիօդոնտիտին ուղեկցող պերիֆոնկալ բորբոքում:

ՄՇՊ-ն հաճախ է դրսևորվում 3-5 տարեկան երեխաների ատամների պուլպիտների դեպքում: Պուլպիտի դեպքում ի հայտ եկող սուր պերիօստիտը սպառնալից ախտանշան է, որը վկայում է վարակի խիստ վիրուլենտության և մանկան օրգանիզմի ցածր դիմադրողականության մասին: Պուլպիտի՝ ժամանակին և ճիշտ ձեռնարկված բուժման դեպքում կարելի է ակնկալել բորբոքման մարում:

Մանկական տարիքում ՄՇՊ-ն միշտ ուղեկցում է սուր պերիօդոնտիտին և քրոնիկական պերիօդոնտիտի սրացմանը: Առանձին դեպքերում, երբ առկա է ՄՇՊ, ախտաբանական օջախի հարևանությամբ դեմքի փափուկ հյուսվածքներում կարող է զարգանալ բորբոքային ներսփռանք: Ներսփռանքը կարող է պահպանվել պատճառային ատամը հեռացնելուց հետո ևս մի քանի օր:

Սուր շճային պերիօստիտի դեպքում հարկավոր է բուժել հիմնական հիվանդությունը՝ պուլպիտը կամ պերիօդոնտիտը: Տեղային բուժումից բացի, հատկապես կրտսեր տարիքի երեխաներին անհրաժեշտ է նշանակել հակաբորբոքային բուժում՝ սուլֆանիլամիդներ, կալցիումի գլյուկոնատ, հիպոսենսիբիլիզացնող դեղամիջոցներ, առատ հեղուկներ, ֆիզիոթերապիա:

ՍՈՒՐ ԹԱՐԱԽԱՅԻՆՅԻՆ ՊԵՐԻՕՍՏԻՏ (ՄԹՊ)

Բորբոքային երևույթի հետագա զարգացումը հանգեցնում է շճային պերիօստիտի՝ թարախայինի վերածվելուն: Թարախային էքսուդատը կուտակվում է վերնոսկրի տակ, ձևավորում ենթավերնոսկրային թարախակույտեր: Վերնոսկրի մի հատված մահանում է, փափկում և քայքայվում: Առաջանում են ճեղքեր վերնոսկրում, և թարախը թափանցում է լորձաթաղանթի տակ: Ոսկրի կեղևային շերտը թարախի հետ հպման տեղում մասնակիորեն քայքայվում է: Մինևույն ժամանակ բորբոքված վերնոսկրը գրգռման ազդեցությամբ եռանդուն արտադրում է երիտասարդ ոսկրաշերտ, որը ախտահարված օջախը սահմանազատում է շրջակա հյուսվածքներից:

Ինչքան ակտիվ է բորբոքումը, այնքան քայքայման երևույթներն ավելի արտահայտված են, և, ընդհակառակը, ինչքան մեղմ է ընթանում բորբոքումը, այնքան ավելի նշանակալի են պրոլիֆերատիվ և պլաստիկ երևույթները:

Բազմաթիվ հեղինակների դիտարկմամբ ՄԹՊ-ի դեպքերի 80%-ը զարգանում է քրոնիկական պուլպիտով կամ քրոնիկական պերիօդոնտիտով ախտահարված կաթնատամ ադորիքներից և առաջին մշտական ադորիքից: Առավել հաճախ ՄԹՊ-ն տեղակայվում է ատամնաբնային ելուստի նախադռնային կողմում՝ ի տարբերություն օստեոմիելիտի, որի դեպքում պերիօստիտն արտահայտվում է ծնոտի ատամնաբնային ելուստի և մարմնի երկու կողմերից: Կրտսեր տարիքի երեխաների շրջանում ՄԹՊ-ն զարգանում է սուր և արագ: Անցումը ատամի պուլպալի կամ պերիօդոնտի սուր բորբոքումից դեպի պերիօստիտ կարող է կատարվել մի քանի ժամում: Հիվանդությանը բնորոշ է

մարմնի ջերմաստիճանի բարձրացումը մինչև 38-38,5°C: Երեխայի ընդհանուր վիճակը միջին ծանրության է կամ ծանր: Ինտոքսիկացիան առավելապես արտահայտված է կրտսեր տարիքի երեխաների շրջանում:

Հիվանդության տեղային դրսևորումներից է դեմքի փափուկ հյուսվածքների այտուցը: Եթե բորբոքումը տեղակայված է վերին ծնոտում, ապա այտուցն ընդգրկում է ենթաակնակապճային շրջանը, տարածվում քիթ-շրթունքային ակոսի, վերին շրթունքի, ստորին կոպի շրջաններում, ակնաճեղքը նեղանում է կամ փակվում: Ստորին ծնոտի պերիօստիտի դեպքում թշի հյուսվածքների այտուցը տարածվում է դեպի ենթածնոտային շրջանը: Թարախային օջախին անմիջապես հարող փափուկ հյուսվածքներում դիտվում են բորբոքային ներսփռանք և մաշկային ծածկույթի գերարյունություն: Ջարգանում է ենթածնոտային ավշահանգույցների լիմֆադենիտ և պերիադենիտ: Հիվանդ երեխան խնայում է ախտահարված հատվածը և սահմանափակում է ստորին ծնոտի շարժումները: Ներբերանային զննմամբ հայտնաբերվում են լորձաթաղանթի գերարյունություն և այտուց: Ենթավերնոսկրային թարախակույտի տեղում անցման ծալքը արտափքված է: Թարախի մեծ քանակ կուտակվելու և վերնոսկրը մասնակի քայքայվելու դեպքում զգացվում է ծփանք: Ախտահարված ատամը կարող է ունենալ ախտաբանական շարժունություն: Արյան քննությամբ հայտնաբերվում է ԷՆԱ-ի բարձրացում մինչև 30-40մմ/ժ, լեյկոցիտոզ մինչև 20-25x10⁹/լ: Առաջին 1-2 օրերին արյան բանաձևում նկատվում են բորբոքումների բնորոշ թույլ փոփոխություններ:

Երեխաների շրջանում ՄԹՊ-ի ախտորոշումը բարդ և պատասխանատու գործ է: Այս հիվանդությունը գնահատվում է որպես ինքնուրույն նոզոլոգիական միավոր: Անպայման նկատի է առնվում, որ երեխաների շրջանում ՄԹՊ-ն մեծ ընդհանրություններ ունի սուր օդնստոզեն օստեոմիելիտի հետ:

Ախտորոշելու համար կարևոր տեղային ախտանշաններն են կարիեսով ախտահարված պատճառային ատամի առկայությունը, լորձաթաղանթի անցման ծալքի արտափքումը, լորձաթաղանթի այտուցը և գերարյունությունը 2-3 ատամների տիրույթում, ախտաբանական օջախի տեղակայումը ծնոտի ատամնաբնային ելուստի միայն մեկ (հիմնականում՝ նախադռան) կողմում, ծփանքը (սա մշտական չէ և դիտվում է վերնոսկրի քայքայման ու լորձաթաղանթի տակ թարախ կուտակվելու դեպքում):

Վերջնական ախտորոշումը կատարվում է երեխայի ընդհանուր վիճակի և տեղային ախտանշանների արահայտվածության գնահատման հիման վրա: Ընդհանուր ծանր վիճակը, մաշկային ծածկույթների գունատությունը, 2-3 ատամների տիրույթից դուրս սփռվող, տարածուն ենթավերնոսկրային թարախակույտերը, որոնք տեղակայվում են ատամնաբնային ելուստի երկու կողմերում, վկայում են օդնստոզեն բորբոքման ակտիվ տեսակի մասին, որը հարկ է գնահատել որպես սուր օդնստոզեն օստեոմիելիտ: Առանձին դեպքերում ախտորոշումը ճշտվում է միայն ex juvantibus: Հիվանդի ընդհանուր լավ վիճակը վիրահատական միջամտությունից, ընդհանուր և տեղային համալիր բուժական

միջոցառումներից 1-2 օր անց, վերքից թարախային արտադրության կտրուկ նվազումը կամ բացակայությունը, քրոնիկական պերիօստիտի նշանների բացակայությունը վկայում են սուր թարախային պերիօստիտի մասին:

ՄԹՊ-ն մանկական տարիքում ունի սուր և կարճատև ընթացք: Լիարժեք վիրաբուժական և պահպանողական օգնություն ցուցաբերելուց հետո գործընթացը 3-4 օրից ավել չի տևում: Առանց համապատասխան բուժման՝ հիվանդությունը վերածվում է սուր օդոնտոգեն օստեոմիելիտի: Երեխաների շրջանում, հատկապես վաղ մանկական տարիքում ՄԹՊ-ն հիվանդի հոսպիտալացման ցուցում է:

ՄԹՊ-ի բուժումը ներառում է անհապաղ վիրահատական միջամտություն, դեղորայքային բուժում, ֆիզիոթերապևտիկ և ընդհանուր կազդուրիչ միջոցների կիրառում:

Վիրահատական միջամտությամբ բացահատվում է ենթավերնոսկրային թարախակույտը, հեռացվում վարակված կաթնատամը, իսկ երբեմն էլ՝ մշտական ատամը: Էքսուդատի լիարժեք արտահոսքն ապահովելու համար անհրաժեշտ է լայն բացահատել վերնոսկրը: Վերին ծնոտի վրա կտրվածք կատարելիս պետք է զգույշ լինել: Վաղ մանկական տարիքի երեխաների վերին ծնոտի կեղևային շերտը շատ բարակ է, և վիրադանակով կոպիտ գործողությունները կարող են մշտական ատամների սաղմերի վնասման կամ վերծնոտային խոռոչի բացման պատճառ դառնալ: Քմային մակերեսի թարախակույտերի բացահատման ժամանակ գերադասելի է լորձաթաղանթի և վերնոսկրի մի հատվածի բացազատումը (կտրել-հեռացնելը)՝ վերքի եզրերի ժամանակից շուտ հպումը կանխելու համար: Ախտահարված կաթնատամները պետք է հեռացվեն անկախ նրանց անատոմիական լիարժեքությունից կամ խմբային պատկանելությունից: Մշտական ատամները հեռացվում են, եթե հնարավոր չէ նրանց պահպանողական բուժումը: Ատամի հեռացման և ենթավերնոսկրային թարախակույտի բացահատման գործողությունները կատարվում են մեկ միջամտության ժամանակ, ցանկալի է ընդհանուր անզգայացմամբ: Մինչև 10 տարեկան, իսկ ցուցումների դեպքում նաև ավելի մեծ տարիքի երեխաների ՄԹՊ-ի բուժումն իրականացվում է ստացիոնար պայմաններում:

Հակամանրէային բուժման համար նշանակվում են հակաբիոտիկներ և սուլֆանիլամիդներ՝ ըստ տարիքային դեղաչափերի: Հակաբորբոքային նկատառումներով նշանակվում են ասկոռուտին, կալցիումի գլյուկոնատ, հիպոսենսիբիլիզացնող միջոցներ: Ցավի դեմ տրվում են անալգետիկներ, իսկ երեխայի անհանգիստ վարքագծի և վատ քնի դեպքում՝ սեդատիվ միջոցներ, բրոմի և կատվախոտի պատրաստուկներ: Հանձնարարվում է առատ հեղուկներ խմել: Փափուկ հյուսվածքների արտահայտված բորբոքային ներափռանքը և ավշահանգույցների պերիադենիտն արագ ու անմնացորդ վերացնելու նպատակով բուժման մեջ ներգրավվում են ֆիզիոթերապևտիկ միջոցներ՝ հելիում-նեոնային լազեր, գերբարձր հաճախականության էլեկտրական դաշտ,

ինչպես նաև արտաքին կապեր հակաբորբոքային-ներծծող ազդեցությամբ քսուքներով (լևոմիկոլ, լևոմիզոլ, Վիշնևսկու բալզամ):

Ժամանակին և ամբողջ ծավալով ձեռնարկված բուժման դեպքում ՄԹՊ-ն երեխաների շրջանում 3-4 օրից մարում է: Եթե վիրահատական միջամտությունից 1 օր անց երեխայի ընդհանուր վիճակը չի բարելավվում, չի նվազում ինտոքսիկացիան, և չի փոխվում էքսուդատի քանակն ու բնույթը, ապա ամենայն հավանականությամբ զարգանում է ծնոտի սուր օստեոմիելիտ:

Եթե բուժումը ժամանակին չձեռնարկվի և հիվանդության առաջին 1-2 օրերի ընթացքում, ինչպես նաև հիվանդության ծանր և ակտիվ ընթացքի դեպքում չիրականացվի ամբողջ ծավալով, ՄԹՊ-ն վերածվում է ծնոտի սուր օստեոմիելիտի:

ՔՐՈՆԻԿԱԿԱՆ ՊԵՐԻՕՍՏԻՏ

Երեխաների դիմային ոսկրերի վերնոսկրային կառուցումն իրականանում է դիմային կմախքի աճման ողջ ընթացքում: Վերնոսկրում ընթացող ոսկրագոյացման գործընթացների տարիքային ֆիզիոլոգիական ակտիվությունը հեշտորեն էլ ավելի է խթանվում նրա ախտաբանական գրգռման ժամանակ: Պերիօդոնտում կամ ծնոտի ոսկրային հյուսվածքում առկա քրոնիկական օդոնտոգեն բորբոքումը դառնում է վերնոսկրի գրգռման աղբյուր, որի հետևանքով վերնոսկրն արտադրում է ավելցուկային երիտասարդ ոսկր: Ոսկրի կառուցումը իրականանում է ծնոտի մակերեսին նրա նորանոր շերտերի կուտակմամբ: Այդ շերտերն ունեն օսիֆիկացման տարբեր աստիճաններ: Քրոնիկական պերիօստիտը կարող է զարգանալ քրոնիկական պերիօդոնտիտի դեպքում, սուր պերիօստիտից հետո ու նաև ծնոտների քրոնիկական օստեոմիելիտի դեպքում: Մանկական տարիքում քրոնիկական պերիօստիտը հաճախ զարգանում է նաև ոսկրի վնասվածքից հետո՝ որպես վերնոսկրի մեխանիկական դրդման պատասխան:

Կա քրոնիկական պերիօստիտի երկու տեսակ՝ հասարակ և օսիֆիկացնող: Հասարակ պերիօստիտի դեպքում նոր գոյացած ոսկրը համապատասխան բուժման հետևանքով ապաճում է: Օսիֆիկացնող պերիօստիտի դեպքում ոսկրի օսիֆիկացումը կատարվում է հիվանդության վաղ ժամկետում և սովորաբար ավարտվում է հիպերօստոզով:

Քրոնիկական պերիօստիտի դեպքում ոսկրի ծավալը մեծանում է: Ախտաբանական օջախի մակերեսը շոշափելիս թույլ ցավոտ է: Ախտահարման օջախին հարող փափուկ հյուսվածքները կարող են ունենալ թույլ արտահայտված բորբոքային ներսփռանք: Քրոնիկական պերիօդոնտիտի և ոսկրի սալջարդի դեպքում պերիօստիտը զարգանում է որպես առաջնային քրոնիկական երևույթ, դրսևորվում է ոսկրի սահմանափակ, կլորավուն արտափքմամբ: Արտաքուստ այն հիշեցնում է հարարմատային կիստայի կլինիկական պատկերը: Ախտաբանական օջախը հաճախ տեղակայվում է կաթնատամ աղորիքների և առաջին մշտական աղորիքների շրջանում, վնասվածքի դեպքում՝ կզակի, այտոսկրի, քթոսկրերի շրջանում: Քրոնիկական պերիօստիտի

կլինիկական դրսևորումն առավել արտահայտված է քրոնիկական օդոնտոգեն օստեոմիելիտի պրոդուկտիվ տեսակի դեպքում: Այդ դեպքում քրոնիկական պերիօստիտը գրավում է ստորին ծնոտի կեսը և ավելին, իսկ ոսկրի ծավալը կարող է մեծանալ 3-4 անգամ:

Ստորին ծնոտի ռենտգենյան նկարներում հստակ նկատվում է ոսկրի կեղևային շերտը արտաքուստ ծածկող շերտավոր դարսվածքով երիտասարդ ոսկրի ստվերը (նկ.109): Այն առավել աչքի է ընկնում հիվանդության ուշ շրջանում: Վերին ծնոտի ռենտգենաբանական հետազոտությունը հազվադեպ է ախտորոշման համար պիտանի հստակ պատկեր տալիս:



Նկար 109. Ստորին ծնոտի քրոնիկական պերիօստիտ: Երևում են երիտասարդ ոսկրային շերտերը: Պատճառը 36-րդ ատամի քրոնիկական պերիօդոնտիտն է:

Ախտորոշումը կատարվում է անամնեզի, կլինիկական և ռենտգենաբանական ավանդական մեթոդների, ինչպես նաև համակարգչային շերտագրության տվյալների հիման վրա:

Քրոնիկական օդոնտոգեն պերիօստիտի բուժման հիմնական խնդիրը վարակի աղբյուրի չեզոքացումն է: Ախտահարված ատամի հեռացումը հանգեցնում է վերնոսկրի բորբոքման մարմանը: Ե՛վ օդոնտոգեն, և՛ հետվնասվածքային քրոնիկական հասարակ պերիօստիտի դեպքում լավ արդյունք են տալիս ֆիզիոթերապևտիկ միջոցառումները՝ հեղիում-նեոնային լազերը, կալիումի յոդիդի 6 %-անոց լուծույթով էլեկտրաֆոնոզը և այլն:

Ժամանակին սկսված և ճիշտ իրականացված բուժման դեպքում ախտաբանական օջախը մարում է: Հիվանդության երկարատև ընթացքի դեպքում նոր գոյացած երիտասարդ ոսկրանյութը վերածվում է հասուն, խիստ սկլերոզացված ոսկրի: Գործընթացն ավարտվում է հիպերօստոզով, որի վիրահատական բուժումն իրականացվում է ըստ ցուցումների: