

УДК 616.716-002-089.843

ПРОБЛЕМЫ РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ С ТОКСИЧЕСКИМ ОСТЕОМИЕЛИТОМ КОСТЕЙ ЛИЦЕВОГО ЧЕРЕПА

Г.П. Рузин, И.В.Василенко, О.В. Ткаченко

Харьковский национальный медицинский университет

Резюме

Обсуждаются проблемы течения хронического одонтогенного остеомиелита у наркозависимых больных, предлагается алгоритм реабилитации в зависимости от этапа лечения.

Ключевые слова: хронический остеомиелит, наркозависимость, медицинская реабилитация.

Резюме

Обговорюються проблеми перебігу хронічного одонтогенного остеомиєліту в наркозалежних хворих, пропонується алгоритм реабілітації залежно від етапу лікування.

Ключові слова: хронічний остеомиєліт, наркозалежність, медична реабілітація.

Summary

The problems of chronic odontogenous osteomyelitis at drug addicted patients are discussed in the article. The algorithm of their rehabilitation depending on the treatment stage is also suggested.

Key words: chronic osteomyelitis, drug addiction, medical rehabilitation.

Література

1. Лінський І. В. Нові дані про співвідношення поміж процесами поширення опіїдної та алкогольної залежності в Україні і про їхній зв'язок із 11-річним циклом сонячної активності / [Лінський І. В.,

Мінко О. І. Первомайський Е. Б., Гапонов К. Д.] // Архів психіатрії. — 2004. — Т. 10, № 3. — С. 127–134.

2. Первомайский Э. Б. Реконструкция реальной распространённости опиоманий с помощью системы мониторинга эпидемиологических показателей в Украине / Первомайский Э. Б., Линский И. В. // Архів психіатрії. — 1998. — № 1. — С. 24–30.

3. Тимофеев А.А. Особенности клинического течения одонтогенных воспалительных заболеваний челюстей и мягких тканей у больных наркоманией и ВИЧ-инфицированных / А.А. Тимофеев // Современная стоматология. — 2006. — №2. — С. 88-95.

4. Варианты течения остеомиелита костей лицевого скелета у лиц с наркотической зависимостью/ Г. П. Рузин, Ю. М. Энтина, И. В. Василенко [и др.]// Новые технологии в стоматологии: XIV междунар. конф. челюстно-лицевых хирургов: материалы конф.-СПб., 2009.-С.175.

5. Ткаченко О. В. Особенности течения остеомиелитов у лиц с наркотической зависимостью/ О. В. Ткаченко // Медицина третьего тысячеліття: зб. тез міжвуз. конф. молодих вчених та студентів.-Харків, 2009.-С.123-124.

6. Тимофеев А. А. Обоснование использования компьютерной томографии в диагностике хронического одонтогенного остеомиелита челюстей у лиц, употребляющих наркотики /А. А. Тимофеев, Е. Н. Кишковская // Підсумки та перспективи розвитку стоматології і щелепно-лицевої хірургії : ювіл. наук.-практ. конф., присв. 75-річчю каф. стоматології і щелепно-лицевої хірургії Харк. мед. акад. післядипл. освіти: тези.-Харків, 2008.- С. 85-86.

7. Маланчук В. О. Особливості рентгенологічної картини остеомиєліту щелеп у хворих на тлі наркотичної залежності / В. О. Маланчук, І. С. Бродецький, Л. Р. Забудько // Сучасна стоматологія та щелепно-лицева хірургія: матеріали міжнар. наук.-практ. конф.-К., 2009.-С.137-140.

8. Особливості перебігу та лікування хворих на одонтогенні гнійно-запальні процеси щелепних кісток на фоні наркоманії / В. П. Пюрик, Г. Б. Проць, Л. З. Деркач [та ін.]// Стоматологія - вчора, сьогодні і завтра, перспективні напрямки розвитку: тези ювіл. міжнар. наук.-практ. конф.- Івано-Франківськ, 2009.-С.166-167.
9. Osteonecrosis of the maxilla and mandible in patients with advanced cancer treated with bisphosphonate therapy/ Cl. Estilo, С.Н. Van Poznak, Т. Williams [et al.] //Oncologist.-2008.- Vol.13(8). - P.911-920.
10. Carlson E.R. The role of surgical resection in the management of bisphosphonate-related osteonecrosis of the jaws/ Carlson E.R., Basile J.D.// Journal of Oral and Maxillofacial Surgery.- 2009. - Vol.67 (5 Suppl.).- P.85-95.

Воспалительные заболевания челюстно-лицевой области (ЧЛО) остаются одними из наиболее частых патологических процессов, приводящих к госпитализации больного в специализированный стационар [1].

Благодаря постоянному совершенствованию диагностики и лечения остеомиелитов и флегмон ЧЛО, случаи тяжелого течения этих процессов в последние годы значительно снизились. Однако в этот же период возникло и продолжает увеличиваться количество гнойно-воспалительных и деструктивных процессов в костных и мягких тканях ЧЛО у лиц, употребляющих определенный вид наркотических веществ, а именно – «первитин», «винт» и его варианты.

Если первые публикации по данному вопросу носили характер сообщений об единичных случаях течения одонтогенного остеомиелита [2,3,4], то в течение последних лет количество таких больных и, соответственно, публикаций, посвященных этой проблеме, неуклонно возрастает как в Украине, так и в странах СНГ (5,6, 7).

Анализ доступных источников показал, что большинство работ посвящено описанию конкретных проявлений заболевания, попыткам

объяснения патогенеза, закономерностей механизмов развития [8,9, 10], объему и характеру вмешательства, медикаментозным, в том числе иммуностимулирующим, воздействиям на течение процесса.

Однако, на наш взгляд, назрела необходимость в обобщении имеющихся в распоряжении клиницистов данных и разработке комплексного плана реабилитации возрастающего контингента наркозависимых больных, страдающих одонтогенным остеомиелитом костей лицевого скелета.

За последние 4 года (2008-2011) в клинике челюстно-лицевой хирургии областной больницы г. Харькова находились на обследовании и лечении более 60 пациентов, наркозависимых от первитина. В зависимости от длительности периода употребления первитина, а также от состояния иммунной системы в общем, наличия сопутствующей патологии у пациентов развивались в дальнейшем прогрессирующие некротические изменения в костной ткани.

Проводимое лечение зачастую, к нашему сожалению, оказывалось неэффективным в зависимости прежде всего от того, продолжает ли больной принимать первитин. Также эффект лечения снижен и за счет того, что хирургическое лечение данных больных ввиду его вынужденно крайней радикальности заканчивается возникновением дефектов и деформаций костных структур и мягких тканей, требующих их устранения.

В случае обращения больных на ранних стадиях заболевания, с незначительным повреждением структур удаление всех некротизированных тканей позволяет сохранить непрерывность нижней челюсти или устранить сообщения с гайморовой пазухой слизисто-надкостничным лоскутом, если речь идет о процессе на верхней челюсти. К нашему сожалению, в большинстве случаев пациенты обращаются к врачу-специалисту более года спустя с момента начала развития заболевания. На этой стадии тактика хирургического

вмешательства требует проведения секвестрэктоми с формированием обширных, неподдающихся пластическому закрытию сообщений полости рта с гайморовой пазухой на верхней челюсти, частичных или половинных резекций, порой с экзартикуляцией нижней челюсти.

В случае распространяющихся обширных поражений на основании черепа хирургическое вмешательство имеет паллиативный характер и проводится совместно с нейрохирургом.

При отсутствии рецидивов, после полной эпителизации раны больному рекомендуется дальнейшее лечение у врача стоматолога-ортопеда с целью челюстно-лицевого и зубного протезирования послеоперационного дефекта.

Таким образом, лечение хронического остеомиелита у лиц с наркозависимостью представляет собой сложную многоэтапную задачу, в решении которой участвует ряд специалистов, то есть речь идет о комплексной реабилитации больных.

Как известно, реабилитация подразумевает полную ликвидацию проявлений патологического процесса, восстановление формы и функции соответствующих тканей, органов, систем, в том числе и центральной нервной системы, и возвращение больного в общество и к общественно-полезной деятельности.

Реабилитация таких пациентов предусматривает, по нашему мнению, несколько этапов.

1. Догоспитальный – обследование, постановка диагноза, планирование лечения, проведение амбулаторных лечебных мероприятий, направление больного в специализированный стационар. Несмотря на то, что результат лечения во многом зависит от раннего выявления процесса, именно на этом этапе диагностика истинного характера заболевания затруднительна. Больные обращаются преимущественно по поводу обострения хронического периодонтита или перикоронита. Первые проявления остеомиелита появляются через

1-2-3 недели с момента удаления зуба и не всегда адекватно и своевременно оцениваются врачами. В связи с этим на стационарное лечение больные направляются уже с «цветущим» остеомиелитом.

2. Госпитальный этап предусматривает расширенный объем обследований, проведение необходимых хирургических вмешательств с участием смежных специалистов - ЛОР, окулистов, нейрохирургов, терапевтов. Необходимо планирование и проведение до- и послеоперационного медикаментозного, физиотерапевтического лечения с возможными реконструктивными вмешательствами. Данный этап, по нашему мнению, должен включать и начальные ортопедические мероприятия, которые позволили бы создавать условия для дальнейшей реабилитации пациентов, то есть изготовление временных фиксирующих конструкций, замещающих пластинок, имедиат-протезов.

3. Завершающий, постгоспитальный период, в течение которого в амбулаторных условиях должны продолжаться медикаментозные, физиотерапевтические методы воздействия, направленные на ликвидацию патологических проявлений заболевания и восстановление функций тканей и органов. По показаниям должны проводиться мероприятия, направленные на восстановление формы и функции тканей и органов, до полного возвращения пациента к полноценной жизни, то есть проведение полноценного многоэтапного ортопедического, а иногда и хирургического лечения по замещению дефектов костей лицевого скелета.

К сожалению, проблема реабилитации больных с явлениями так называемого токсического, или первитинового, остеомиелита имеет ряд особенностей, которые значительно осложняют, а в некоторых случаях затрудняют реализацию этого процесса.

Анализ литературных данных и наших результатов лечения больных в клинике ЧЛХ ХОКБ позволили выявить несколько

закономерностей в развитии и течении «первитинового» остеомиелита и предложить к обсуждению алгоритм реабилитационных мероприятий в зависимости от давности заболевания, его течения и объема пораженных костных и мягких тканей лица, структур мозгового черепа. Этот алгоритм должен учитывать объем хирургического вмешательства, характер, распространенность возникших дефектов костных и мягких тканей ЧЛЮ, характер и степень проявления сопутствующих заболеваний, в частности гепатита, СПИДа, состояние органов и систем организма. Следует обращать внимание и на психоэмоциональное состояние больного, давность отказа от применения наркотиков.

Последнее обстоятельство имеет решающее значение для планирования всех этапов реабилитации. Наш опыт свидетельствует, что существует прямая позитивная зависимость между сроком, прошедшим от момента отказа от наркотического препарата, и результатом оперативно-медикаментозного лечения. Чем длительнее этот период, тем лучше непосредственные и отдаленные результаты лечения.

Таким образом, проблема лечения описанной тяжелой патологии требует объединения усилий различных специалистов медицинского профиля, дальнейшей разработки методик рациональной реабилитации данной группы больных. В сложившейся ситуации не существует единого подхода в решении данной проблемы, поэтому приглашаем коллег к обсуждению данной темы.