



УДК 616.71-018.46-002:615.015.6-08

Е.В. УРАКОВА, О.В. НЕСТЕРОВ

Казанская государственная медицинская академия, 420012, г. Казань, ул. Бутлерова, д. 36

Выбор методов оперативного лечения больных с дезоморфиновым остеомиелитом

Уракова Елена Владимировна — кандидат медицинских наук, доцент кафедры челюстно-лицевой хирургии и хирургической стоматологии, тел. (843) 268-97-31, e-mail: anvu@rambler.ru

Нестеров Олег Викторович — кандидат медицинских наук, доцент, заведующий кафедрой челюстно-лицевой хирургии и хирургической стоматологии, тел.: (843) 268-97-31, +7-917-868-38-09, e-mail: sacura7@live.ru

В статье отражены результаты обследования больных с дезоморфиновым остеомиелитом (с 2008 по 2012 гг.). Выявлена характерная клиническая и рентгенологическая картина, проведена сравнительная характеристика между методами оперативного вмешательства на челюстных костях и исходом воспалительного процесса. В качестве маркерного метода оценки размера резецируемого участка костной ткани предложена сцинтиграфия.

Ключевые слова: дезоморфин, хронический остеомиелит, сцинтиграфия.

E.V. URAKOVA, O.V. NESTEROV

Kazan State Medical Academy, 36 Butlerov St., Kazan, Russian Federation, 420012

Choosing the methods of operative treatment of the patients with desomorphine osteomyelitis

Urakova E.V. — Cand. Med. Sc., Associate Professor of the Department of Maxillofacial Surgery and Surgical Stomatology, tel. (843) 268-97-31, e-mail: anvu@rambler.ru

Nesterov O.V. — Cand. Med. Sc., Associate Professor, Head of the Department of Maxillofacial Surgery and Surgical Stomatology, tel.: (843) 268-97-31, +7-917-868-38-09, e-mail: sacura7@live.ru

The article presents the results of research of the patients with desomorphine osteomyelitis (2008-2012). The characteristic clinical and radiological pattern is revealed. Methods of operative intervention on jaw bone tissue and outcomes of inflammatory process are compared. Scintigraphy is proposed as a marker method for assessing the size of the bone tissue to be deleted.

Key words: desomorphine, chronic osteomyelitis, scintigraphy.

Дезоморфиновая наркомания — один из видов наркомании новой волны, в основе которой лежит кустарное производство дезоморфина, получившего в среде наркоманов название «крокодил». Данный наркотик стал известен после 2000 года, поэтому средний возраст современных дезоморфиновых наркоманов составляет всего 24-25 лет. Препарат, получивший название «Дезоморфин», готовится кустарным способом из кодеинсодержащих препаратов «Седалгин», «Седал-М», «Пенталгин», «Терпинкод». Получение полусинтетического опиоида фенантренового ряда происходит путем обработки кодеинсодержащего препарата бензином с добавлением соляной кислоты, фосфора, йода.

Особенно стремительно данный препарат стал распространяться после 2005 года. По уровню потребления в России доля кустарного дезоморфина в общем

объеме быстро поднялась до 25-28%, заняв второе место после героина (55-58%) [1]. К факторам, способствующим широкому распространению злоупотребления дезоморфином, в настоящее время можно отнести: безрецептурный отпуск кодеинсодержащих препаратов, доступность прекурсоров, низкую цену, легкость изготовления наркотика в домашних условиях, его крайне высокую наркотичность.

Дезоморфин — вещество, синтезированное учеными из морфина в конце прошлого века в качестве анальгетика. Сейчас в медицине он не применяется, так как его действие длится в среднем 2-4 часа, а зависимость возникает уже после второго применения [2].

Дезоморфин является сильнейшим ядом — в 25 раз токсичнее, чем героин и обладающий гораздо большим риском передозировки [2]. Срок жизни

наркоманов, употребляющих дезоморфин, в разы меньше, чем у героиновых наркозависимых. Необратимые изменения в организме наркомана, его принимающего, наблюдаются уже через месяц после формирования зависимости. Как правило, это нарушение деятельности печени, селезенки, тромбоз флебит, гноящиеся язвы, массивные повреждения тканей конечностей, гангрены, внутренние некрозы и кровотечения. При этом резко снижается иммунитет, начинаются серьезные абсцессы, остеомиелит [3].

Развивающийся некроз челюстей на фоне наркотической зависимости недостаточно описан в отечественной и зарубежной литературе. Рентгенологическая диагностика патологических изменений, происходящих в костной ткани челюстей пациентов, страдающих зависимостью от фосфорсодержащих синтетических наркотиков, является ключевым фактором в планировании лечения таких больных. Некоторые авторы предлагают выбрать щадящую лечебную тактику и избежать неоправданного радикализма в хирургическом пособии, т.к. считают, что это ведет к рецидивам заболевания и распространению некротического процесса на ранее непораженные участки кости [4]. Наши наблюдения позволяют сделать вывод о необходимости раннего и радикального вмешательства на челюстях с иссечением всей пораженной костной ткани, с предварительным определением границы процесса при помощи скинтиграфии костей лицевого скелета.

Эти же авторы [4] отмечают появление тенденции к отграничению очага поражения, формированию и отторжению крупных секвестров у пациентов, получавших хирургическое и медикаментозное лечение либо просто прекративших прием наркотиков.

Пусковым механизмом для развития некроза челюстей была выявлена одонтогенная причина — во всех ситуациях это удаление причинного зуба. После чего, как следствие, возникал альвеолит, лунка продолжала оставаться пустой, некротизировалась, участок обнаженной кости увеличивался, поражение принимало диффузный характер [5].

На сегодняшний день скуден набор алгоритмов лечения и методов проведения дезинтоксикационно-инфузионной терапии при дезоморфиновой наркомании [6]. Известны способы лечения абстинентного синдрома при различных формах наркоманий, включающие терапию набором лекарственных средств, витаминов, в том числе инфузионные средства, препараты, регулирующие метаболические процессы, ангиопротекторы, транквилизаторы и анальгетики. Но вопросы дезинтоксикации и лечения при дезоморфиновой наркомании остаются актуальными для клиницистов.

Вопрос диагностики также является нечетким, поскольку часть пациентов скрывают наркозависимость, либо прием суррогатов морфина.

Вопрос о преобладании в статистике локализации дезоморфиновых остеомиелитов нижней челюсти также остается дискуссионным. Существует теория о преимущественном поражении костей, имеющих в качестве кровоснабжения единичную артерию, которой в нижней челюсти является нижняя альвеолярная артерия. Так, Т.А. Султаналиев, С.Е. Турсынбаев [2007] выделили три клинические стадии поражения сосудов: I начальная — стадия формирования рубцово-язвенных поражений, II — стадия формирования кожно-сосудистых свищей, III — стадия осложнений, характеризующихся развитием опасных для жизни поражений сосудов

— артериальных и венозных тромбозов магистральных сосудов, эрозивных кровотечений. Отмечено, что более 50% больных поступает в клинику в третьей стадии поражения сосудов. Доминирующим фактором в повреждении сосудов является химический ожог, что приводит к некрозу сосудистой стенки с последующим перерождением в периваскулярный склероз. Внутрисосудистое введение дезоморфина приводит к пролиферации эндотелия, которая является началом эндартериита или флебита и впоследствии приводит к тромбозу сосудов. Некроз всех слоев сосудистой стенки становится причиной возникновения аневризм магистральных сосудов, а участки некроза и кровоизлияния становятся благоприятной средой для роста инфекции. В таком случае процесс инфицирования зоны поражения можно считать вторичным и относить его к осложнению химической травмы [7].

Целью исследования явилось изучение эффективности различных оперативных вмешательств (паллиативных или радикальных) на челюстных костях при дезоморфиновом остеомиелите.

Материал и методы исследования

Наиболее частой патологией данной категории пациентов, госпитализированных в отделение челюстно-лицевой хирургии РКБ МЗ РТ в период с 2008 по 2012 гг., являлось обострение хронического дезоморфинового остеомиелита челюстей. Всего обследовано 47 пациентов в возрасте от 26 до 37 лет. Соотношение мужчин и женщин приближалось к 1:1. Из пролеченных больных остеомиелит чаще встречался на нижней — 79%, реже на верхней челюсти — 21%. Всем больным проводились общеклинические обследования, рентгенография, компьютерная томография, определение иммунного статуса, бакпосевы из раны.

Результаты исследования

У всех пациентов имелась наркозависимость и гепатит С, 50% пролеченных больных имели вирус гепатита В. У всех обследованных иммунологом пациентов диагностирована вторичная иммунная недостаточность. В основе нарушений иммунного потенциала организма лежат изменения клеточного иммунитета и, прежде всего, функциональная недостаточность полиморфноядерных лейкоцитов и Т-лимфоцитов. При парентеральном введении наркотиков часто отмечается увеличение содержания всех трех классов иммуноглобулинов в сыворотке крови, что интерпретируется как следствие хронической антигенной стимуляции [2].

Часть пациентов поступала с осложнениями хронического остеомиелита, в стадии обострения, в виде абсцессов и флегмон околожелюстных мягких тканей. Абсцессы и флегмоны принимали затяжной характер течения, отличались обширностью поражения мягких тканей и выраженной инфильтрацией. Заживление послеоперационных ран текло вяло, отмечалось медленное заполнение раневой поверхности единичными грануляциями, и нередко оставалось сообщение полости рта с наружными кожными покровами, в виде дефекта тканей и некроза.

Клиническая картина обострившегося хронического остеомиелита челюсти у всех больных наркоманией была типичной. Наблюдалась асимметрия лица за счет отека мягких тканей пораженной области, которая незначительно купировалась после проведенного лечения. В проекции инфильтриро-

Таблица.**Распределение больных дезоморфиновым остеомиелитом по исходу различных методов оперативного вмешательства (абс. число)**

Методы оперативного вмешательства	Число больных, выписанных на стадии грануляции раны, n	Число больных, выписанных с продолженным гнойно-некротическим процессом, n
Секвестроэктомия	-	5
Частичная резекция н/ч	24	1
Тотальная резекция н/ч	16	1

ванных мягких тканей челюсти определялись свищевые ходы, с обильным гнойным либо серозно-гнойным отделяемым. Из свищей выбухали вялые, легко кровоточащие грануляции. В полости рта на стороне поражения определялась голая, скелетированная кость грязно-серого цвета, слизистая оболочка была атрофирована, из полости рта определялся неприятный гнилостный запах.

На рентгенограммах челюстей визуализировалась обширная деструкция костной ткани с множественными секвестрами размером от больших до очень мелких, с нечетко выраженной, вплоть до полного отсутствия, зоной демаркации и участками лизиса кости.

Пациентам с диагностированным дезоморфиновым остеомиелитом, также проводилась скинтиграфия лицевого скелета, для определения уровня накопления радиофиксируемых частиц (RFP) в очаге воспаления. У всех обследованных больных в период обострения процесса, независимо от стажа приема дезоморфина, отмечалось выраженное очагово-неравномерное повышенное накопление радионуклеотидов в очаге воспалительного процесса, по сравнению со здоровой стороной. В остальных участках лицевого скелета очагов патологического повышения накопления RFP не определялось ($p > 0,01$). При стихании воспалительного процесса, соответственно, отмечалось понижение накопления радиофиксируемых частиц в данных участках.

По результатам обследования пациентам выполнены радикальные операции (резекции челюсти). Проводилась антибактериальная терапия, физиолечение, иммуннокоррекция. При проведении секвестроэктомии с некроэктомией мягких тканей, клиническое течение характеризовалось неудовлетворительным заживлением постэкстракционных ран и низкой эффективностью проводимых лечебных мероприятий (см. табл.).

Мы не имели возможности наблюдать дальнейшее течение заболевания у выписанных пациентов, т.к. эта категория больных является асоциальной и недисциплинированной, но можем предположить в абсолютном большинстве случаев неблагопри-

ятный прогноз. По данным литературы, выживаемость наркоманов с начала приема дезоморфина не превышает двух лет [3].

Из всех госпитализированных и пролеченных больных с данной патологией летальный исход зафиксирован у 18,5% пациентов (9 человек). Смерть наступала в результате сепсиса и полиорганной недостаточности, в первую очередь связанной с нарушением функций печени. Данная категория больных приводила к высокой статистике больничной летальности в отделении.

Заключение

На основе проведенного анализа данной категории больных мы рекомендуем введение в комплекс диагностических мероприятий скинтиграфию лицевого скелета, как метод контроля эффективности проводимой противовоспалительной терапии. При планировании объема оперативного вмешательства, для последующей резекции нижней челюсти скинтиграфия помогает определить границы вмешательства по зоне демаркации воспаления.

Таким образом, исходя из опыта лечения пациентов с остеомиелитом челюстей на фоне приема синтетических суррогатов наркотиков (в частности, дезоморфина), добиться полного излечения патологии зубочелюстной системы не представляется возможным. Проводимая активная терапия приводит только к стиханию воспалительных явлений и хронизации процесса. Выполнять в этих случаях радикальные операции на челюстных костях мы считаем более целесообразным по сравнению с более щадящими методиками оперативных вмешательств.

Мы не прогнозируем в ближайшие годы снижения количества данной группы пациентов, поэтому проблема дезоморфинового остеомиелита остается актуальной и требует поиска эффективных методов диагностики и лечения. Данная проблема затрагивает не только челюстно-лицевую хирургию, а большое число врачебных специальностей и совместное решение данной проблемы является неотложной задачей в ближайшее десятилетие.

ЛИТЕРАТУРА

1. Медведев Ю., Басин Е. Фосфорные некрозы челюсти // Врач. — 2012. — № 1. — С. 21-25.
2. Гамалея Н.Б., Берзина А.Г. Вакцины от наркотиков — новое перспективное направление профилактики злоупотребления психоактивными веществами // Наркология. — 2011. — № 10. — С. 70-83.
3. Демидова О.В., Мохначев С.О. Злоупотребление дезоморфином // Вопросы наркологии. — 2011. — № 4. — С. 51-52.
4. Нестеров А.П., Нестеров А.А., Востриков И.Н. Рентгендиагностика одонтогенного остеомиелита челюстей у лиц с наркотической зависимостью от дезоморфина // Дентал Юг. — 2012. — № 8. — С. 40-41.

5. Захарова И.В., Крецу И.И. Дезоморфиновый остеомиелит в челюстно-лицевой области // Сборник научных трудов РГМУ. — 200. — С. 48-49.

6. Гизатуллин Т.Р., Хунафин С.Н., Зинатуллин Р.М., Катаев А.В. Дезинтоксикационно-инфузионное лечение дезоморфиновой наркомании // 1-й съезд врачей неотложной медицины: Материалы съезда. — М., 2012. — 112 с.

7. Султаналиев Т.А., Турсынбаев С.Е. Этиология и патогенез повреждения кровеносных сосудов у наркоманов // Ангиология и сосудистая хирургия. — 2007. — Т. 13, № 2. — С. 25-33.