

УДК 616.716.8-018.46.-002

ЛУЧЕВОЙ ОСТЕОМИЕЛИТ ЧЕЛЮСТЕЙ

Руцкий Н.Ф., Боровой В.Н., Руцкий А.Н.

ГОУ ВПО «Смоленская государственная медицинская академия»;
ОГУЗ «Смоленская областная клиническая больница»

RADIATION OSTEOMYELITIS OF JAWS

Rutskij N.F., Borovoj V.N., Rutskij A.N.

The Smolensk State Medical Academy;
The Chair of Surgical Stomatology and Maxillofacial Surgery
The Smolensk District Hospital

Изучены результаты лечения 24 больных с лучевым остеомиелитом челюстей по материалам отделения челюстно-лицевой хирургии Смоленской областной клинической больницы. Предложены рекомендации по профилактике лучевого остеомиелита челюстей.

Ключевые слова: лучевой остеомиелит челюстей, лечение, профилактика.

The results of treatment of 24 patients with jaw radiation osteomyelitis were studied on the data of the Maxillofacial Department of the Smolensk District Hospital. Recommendations on prevention of jaw radiation osteomyelitis were suggested.

Key words: jaw radiative osteomyelitis, treatment, prevention.

В клинической онкологии лучевой метод является одним из распространённых методов лечения онкологических больных. Около 70% онкологических больных получают лучевую терапию либо в виде основного, либо адъювантного, либо паллиативного метода лечения. Усовершенствование существующих и разработка новых источников излучения позволяют всё в большей степени щадить окружающие опухоль здоровые ткани. Однако массивное облучение тканей и в настоящее время создаёт риск лучевого повреждения органов и тканей.

К лучевым повреждениям челюстных костей относятся остеопороз, остеонекроз, лучевой остеомиелит. По данным М.С. Бардычева, они встречаются у 5% больных, которым проводилась дистанционная лучевая терапия злокачественных опухолей языка и слизистой оболочки полости рта. Лучевой остеомиелит челюстей развивается в результате проникновения микроорганизмов через корневые каналы разрушенных зубов, пародонтальные карманы, изменённую слизистую оболочку альвеолярных отростков челюстей.

Лечение больных с лучевыми остеомиелитами челюстей является весьма трудной задачей. Количество их не уменьшается. Более того, можно прогнозировать увеличение числа таких пациентов в связи с ростом заболеваемости населения раком слизистой оболочки полости рта и языка.

Целью настоящей работы явилось изучение результатов лечения больных с лучевым остеомиелитом челюстей.

Материал и методы исследования. С 2005 по 2009 год в отделении челюстно-лицевой хирургии

Смоленской областной клинической больницы находилось 24 больных с лучевым остеомиелитом челюстей. Пациенты тщательно обследовались, проводилось рентгенологическое исследование, компьютерная томография. В сомнительных случаях для исключения рецидива опухоли осуществлялось патогистологическое исследование. Большинство больных госпитализировалось в отделение по 2–3 раза в год. Хирургическое лечение проводилось по показаниям под общим обезболиванием.

Результаты исследования и их обсуждение

У больных с лучевым остеомиелитом челюстей при поступлении отмечалось тяжёлое общее состояние, снижение веса. Выраженным был болевой компонент. В ряде случаев имело место нагноение в мягких тканях, ограничение открывания рта, визуально определялись участки некротизированной кости. Лучевые повреждения челюстей возникали у больных после лечения рака языка или слизистой оболочки полости рта. Как правило, им проводилось химиолучевое лечение по радикальной программе. У 22 пациентов отмечалось повреждение нижней челюсти, её тела. И только в двух случаях мы наблюдали лучевой остеомиелит верхней челюсти.

Диагностика лучевого остеомиелита не представляет больших трудностей, особенно если выражены клинические и рентгенологические признаки и имеются сведения о проведённом лечении по поводу основного заболевания. При изучении анамнеза заболевания установлено, что у большинства больных после лучевой терапии проводилось удаление зуба через 1–2 года после облучения.

Комплексное лечение пациентов с лучевым остеомиелитом челюстей включало антибиотикотерапию, дезинтоксикационное лечение, назначались препараты, улучшающие микроциркуляцию и реологические свойства крови, парентеральное питание. После консультации отоларинголога проводилась общая гипербарическая оксигенация. Местно применялись антисептики, излучение гелий-неонового лазера. По показаниям проводились хирургические вмешательства: вскрывали гнойные очаги в окружающих мягких тканях, удаляли подвижные зубы, сглаживали острые костные края.

Указанные мероприятия приводили к стабилизации местного патологического процесса, улучшению общего состояния пациентов. Однако выздоровления ни у одного больного мы не отмечали. Больные нуждались в проведении повторных курсов лечения.

Несмотря на неоднократно проведенную терапию, местный патологический процесс у всех больных продолжал медленно прогрессировать. Отчаявшись, больные соглашались на радикальное хирургическое вмешательство.

Приводим одно из наших наблюдений.

Больной П., 1937 года рождения, ИБ № 4445, поступил в отделение челюстно-лицевой хирургии СОКБ 10.03.2004 г. По поводу рака слизистой оболочки мягкого нёба $T_2N_0M_0$ 1,5 года назад получил полный курс химиолучевого лечения. В результате проведенной терапии первичная опухоль резорбировалась. Спустя год после окончания лечения по месту жительства был удалён первый моляр верхней челюсти на стороне локализации опухоли. В последующем развился лучевой остеомиелит верхней челюсти.

При поступлении общее состояние пациента тяжёлое, отмечалась кахексия, субфебрильная температура тела, сведение челюстей. В полости рта, по переходной складке, на твёрдом нёбе, имелись свищи со скудным гнойным отделяемым, участки некроза верхней челюсти справа.

После обследования и подготовки больного под общим обезболиванием в результате рассечения нижней губы по средней линии и откидывания полнослойного лоскута создан доступ к бугру верхней челюсти, удалены костные секвестры, грануляции, отсечена частично некротизированная медиальная крыловидная мышца. После операции отмечалось улучшение общего состояния пациента, нормализовалась температура тела, стал шире открываться рот. В последующем по поводу дефекта твёрдого нёба было проведено ортопедическое лечение.

У 22 больных отмечался лучевой остеомиелит нижней челюсти преимущественно в боковых отделах её тела. Лучевого остеомиелита беззубой нижней челюсти мы не наблюдали. При патологических переломах нижней челюсти, наметившейся секве-

страции проводили резекцию нижней челюсти без замещения костных дефектов. Функциональные и эстетические расстройства у пациентов в результате резекции нижней челюсти были более выражены, чем у больных после хирургического вмешательства на верхней челюсти.

В качестве иллюстрации приводим следующее клиническое наблюдение.

Больной М., 1950 года рождения, ИБ№ 164, поступил в отделение челюстно-лицевой хирургии СОКБ 7.01.2008 г. В 2006 году закончил полный курс химиолучевой терапии рака слизистой оболочки полости рта $T_2N_0M_0$. Первичная опухоль резорбировалась. Спустя год развился лучевой остеомиелит тела нижней челюсти слева, а затем справа. Трижды проводилось консервативное лечение, но оно было безуспешным.

18.01.2008 г. под общим обезболиванием была произведена резекция нижней челюсти от угла её слева до угла справа с сохранением краевых ветвей лицевых нервов. Послеоперационное течение было гладким, раны зажили первичным натяжением. В настоящее время больной жив, является инвалидом I группы, находится на динамическом наблюдении.

Таким образом, лучевые повреждения челюстей, калечащие хирургические вмешательства снижают качество жизни пациентов, излеченных от рака. В профилактике лучевого остеомиелита челюстей важное место должно отводиться тщательной санации полости рта у больных раком слизистой оболочки полости рта и языка перед началом радикального лечения, поиску новых и совершенствованию применяемых методик лучевого воздействия на ткани организма. В некоторых работах ставится вопрос об удалении зубов в зоне лучевого воздействия, поскольку у пациентов, перешагнувших 2–3–5-летний рубеж, облучённые зубы в результате некроза твёрдых тканей теряют всякую функциональную и эстетическую ценность. Коронки их изменяются в цвете, нередко отламываются у шеек. Такие зубы являются источниками инфекции, увеличивая тем самым возможность развития лучевого остеомиелита челюстей. Очевидно, вопрос этот требует обстоятельной дискуссии с участием широкого круга специалистов.

Развитию лучевого остеомиелита челюстей нередко способствует также удаление зубов в зоне облучения. Возникающая травма тканей является входными воротами для проникновения микроорганизмов. В таких случаях удаление зуба должно быть особенно щадящим, на лунку накладываются швы, назначаются антибактериальные препараты, антисептические полоскания. Если больной не отказывается от госпитализации, то удаление зуба предпочтительнее проводить в условиях стоматологического стационара.

ЛИТЕРАТУРА

1. Бардычев М.С., Цыб А.Ф. Местные лучевые повреждения. – М., Медицина, 1985. – С.144-152.