

ОПЫТ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ НЕТИПИЧНОГО ХРОНИЧЕСКОГО ОСТЕОМИЕЛИТА ЧЕЛЮСТЕЙ У БОЛЬНЫХ, ОСВОБОДИВШИХСЯ ОТ НАРКОТИЧЕСКОЙ ЗАВИСИМОСТИ

Крымский государственный медицинский университет

им. С. И. Георгиевского (г. Симферополь)

В предыдущем номере журнала нами была описана методика паллиативного лечения пациентов, страдающих нетипичным хроническим остеомиелитом челюстей (НХОЧ), возникшем на фоне употребления суррогатов первитина. Данная статья является продолжением освещения темы и фрагментом комплексной научно-исследовательской работы: «Современные методы лечения и профилактики стоматологических заболеваний», разрабатываемой на кафедре стоматологии ФПО Крымского медицинского университета им. С. И. Георгиевского (государственная регистрация № 0109U004584).

Вступление. Многочисленными исследованиями доказано, что характер распространения остеомиелитического процесса в костях лицевого скелета у наркозависимых обуславливает неоднократность проведения некро-, секвестрэктомий, после которых наблюдается дальнейшее прогрессирование процесса с развитием гнойно-септических осложнений [1,3,6,7]. В связи с безуспешностью консервативного лечения, частыми обострениями, болями, наличием патологических переломов челюстей, расширением зон остеонекроза, хирурги все чаще склоняются к мнению о необходимости расширенного объема хирургического вмешательства у данной категории больных, вплоть до тотального удаления нижней челюсти [2,3,5,6]. Однако такие операции ведут к формированию стойких деформаций нижней зоны лица, что вызывает нарушение функций речи, глотания, пережевывания пищи и пр.

Появились первые сообщения о проведении пациентам резекции половины нижней челюсти с элементами первичной реконструкции сверхэластичной сеткой из никелида титана для создания топографо-анатомических ориентиров с целью последующих этапов восстановительного лечения [3]. Однако авторы ссылаются и на свой негативный опыт проведения одномоментной реконструкции образовавшихся дефектов, что, по их мнению, сопряжено с риском развития воспалительных осложнений у пациентов, употребляющих наркотики.

По единодушному мнению всех исследователей, занимающихся проблемой НХОЧ, основной причиной низкой эффективности лечения и дальнейшего распространения процесса, является продолжение употребления наркотика. В настоящее время

накоплены данные об относительно стабильных положительных результатах течения процесса при полном отказе пациентов от употребления суррогатов первитина [5]. Случаи сознательного отказа от приема наркотиков единичны, но они существуют. По нашим наблюдениям, именно этим пациентам необходимо оказывать хирургическую помощь в полном объеме, включая эндопротезирование. В таких случаях можно ожидать успеха в остановке процесса и полноценного возвращения пациента в общество.

Цель исследования – повышение эффективности лечения нетипичных форм остеомиелита челюстей у больных, отказавшихся от приема синтетических суррогатов первитина, с использованием методики резекции нижней челюсти и одномоментным эндопротезированием титановыми имплантатами.

Объект и методы исследования. В период с 2010 по 2013 год в клинике кафедры стоматологии ФПО в ГУ ОКБ на ст. Симферополь было осуществлено оперативное лечение 5 больных НХОЧ, полностью отказавшихся от приема наркотического препарата (срок отказа от года до 5-ти лет).

На догоспитальном этапе проведено комплексное обследование, включая рутинные клинические анализы крови и мочи, печеночные пробы, уровень полипептидов средней молекулярной массы в плазме крови, исследования на специфические инфекции (в том числе ВИЧ, туберкулез, гепатиты). Объем поражения кости определяли клинически и рентгенологически с помощью ортопантограмм и компьютерных томограмм лицевого скелета.

Перед операцией (по показаниям) проводили коррекцию показателей системы гомеостаза. Повторно показатели изучали на 10-е сутки после операции. Контрольный осмотр пациентов проводили через 1,3,6,12 месяцев, а затем – каждые 6 месяцев.

Результаты исследований и их обсуждение. Прооперированы 3 мужчины (возраст 29, 31 и 34 года) и 2 женщины (возраст 23 и 27 лет). У всех пациентов «стаж» приема суррогатов первитина не превышал 4-х лет, срок отказа от наркотика составил от года до пяти лет. У 2-х больных была выполнена резекция половины нижней челюсти, у 1-го – полностью тела челюсти и ветви с одной

стороны, в 2-х случаях – было осуществлено удаление пораженного участка тела нижней челюсти (обе ветви были сохранены).

При подготовке больных к операции проводили детоксикационную и иммунокорректирующую терапию (после консультации врача-иммунолога). Двое пациентов страдали гепатитом С, им было проведено лечение в инфекционной больнице, снизившее титр антител к вирусу до верхней границы нормы.

Перед операцией у пациентов с наличием зубов выполняли шинирование челюстей по Тигерштедту, накладывая на верхнюю челюсть и здоровый участок нижней (с учетом предполагаемого уровня резекции) – шины с зацепными петлями. В случаях поражения всего тела нижней челюсти – на 10-е сутки после операции изготавливали силиконовые каппы, по высоте соответствующие величине отсутствующих зубов нижней челюсти.

Операции осуществляли под эндотрахеальным наркозом. Проводили разрез в подчелюстной области пораженной стороны, параллельный краю нижней челюсти и окаймляющий ее угол. Иссекали свищи, тупым и острым путем обнажали пораженный участок кости. Отступив 1 см от границы измененной кости (выявленной на КТ), выполняли остеотомию, и удаляли фрагмент челюсти (в 3-х случаях с удалением суставной головки). Во избежание послеоперационного прорезывания слизистой тщательно сглаживали и закругляли фрезами костный край. Освежали края дефекта слизистой и накладывали на нее два ряда швов, надежно разобщая рану с полостью рта.

Эндопротезирование проводили с помощью реконструктивной титановой пластины (в случаях экзартикуляции суставной головки – протеза суставной головки из титана), фирмы «Конмет». От оставшегося здорового участка и вдоль нижнего края эндопротеза устанавливали перфорированный трубчатый дренаж. Рану ушивали послойно наглухо. К дистальному концу дренажа присоединяли «гармошку» емкостью 100 мл для сбора и активной аспирации экссудата. На следующие сутки больным накладывали резиновые тяги, восстанавливая прикус со здоровой стороны. Во всех случаях послеоперационный период протекал без осложнений. Случаев расхождения швов не наблюдали.

Непрерывная низкодозированная аспирация экссудата проводилась в течение 3-х суток, после чего дренаж из ран извлекали. Активное отсасывание раневого экссудата позволило избежать в послеоперационном периоде

развития отека тканей, способствовало быстрой детоксикации тканей паравульварной зоны и восстановлению микроциркуляции (в том числе, в лимфатической системе и оставшемся участке кости).

Послеоперационное течение заболевания у всех пациентов было гладким. Раны наружные и в полости рта зажили первичным натяжением. Межчелюстная фиксация длилась 3 недели. Швы сняты на 8-й – 10-й день.

Анализ динамики анализов крови показал, что у всех прооперированных пациентов к 10-му дню после операции имело место снижение общего числа нейтрофильных гранулоцитов, снижение до нормы числа палочкоядерных и юных форм, существенное снижение СОЭ (до операции уровень составил $42 \pm 4,5$ мм/час, к 10-м суткам – $16 \pm 3,4$ мм/час). Уровень полипептидов средне молекулярной массы до операции в 3-4 раза превышал норму, к 10-м суткам – в 1,5 раза. Такую же динамику имело снижение С-реактивного белка.

Больных выписывали на амбулаторное наблюдение по месту жительства после полного заживления ран и снятия швов. Средняя продолжительность пребывания на койке составила $12,6 \pm 1,3$ дня.

При осмотре через месяц имели место розовые рубцы на коже и слизистой полости рта. Во всех случаях открывание рта было в достаточном объеме. В анализах крови отмечена практически полная нормализация показателей (за исключением ускоренного СОЭ).

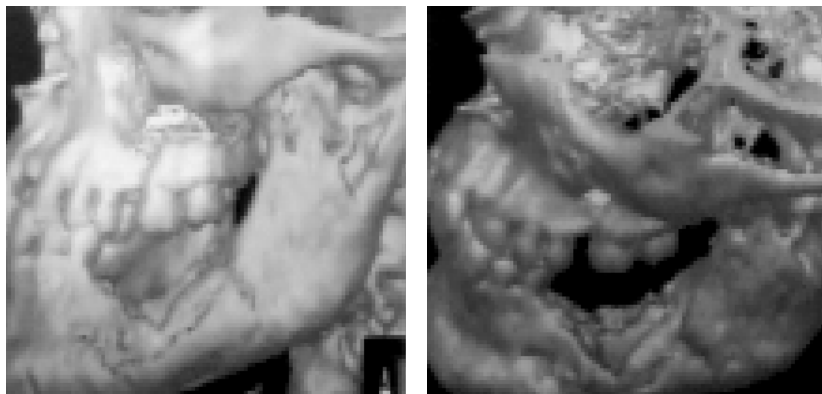


Рис. 1. Компьютерная томограмма пациента П. Обширный остеонекротический процесс тела и ветви нижней челюсти справа.

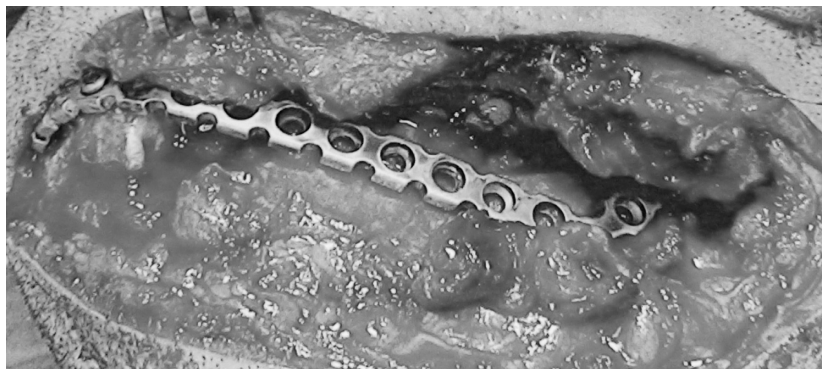


Рис. 2. Фиксация титанового эндопротеза.



Рис. 3. Ортопантомограмма пациента П. через 1 год после операции.

Стойкая стабилизация процесса.



Рис. 4. Фото пациента П. через 1 год после операции.

Удовлетворительный эстетический результат.

Отдаленные результаты прослежены у одного пациента в срок 2,5 года. Через 6 месяцев 2-м больным были изготовлены съемные пластиночные протезы. Отмечены отсутствие местных признаков воспаления, отсутствие рецидивов и рентгенологических признаков распространения процесса, достаточно хороший функциональный и косметический эффект.

Клинический пример. Б-ной П., 32 лет, поступил в клинику в феврале 2012 г. с жалобами на припухлость в подчелюстной области слева, свищи с гнойным отделяемым, оголение кости во рту, неприятный запах. Из анамнеза – употребление наркотического препарата в течение 5-ти лет. Сопутствующее заболевание – гепатит С.

На догоспитальном этапе проведено общее клиническое обследование. С помощью компьютерной томографии выявлено наличие диффузного остеонекротического процесса левой половины нижней челюсти с патологическим переломом ее тела (**рис. 1**). Изготовлена модель челюсти, по которой изготовлена титановая пластина.

Перед операцией выполнено бимаксиллярное шинирование по Тигерштедту с учетом предполагаемого уровня резекции. Под эндотрахеальным наркозом проведена операция – резекция левой половины нижней челюсти. Ушита слизистая оболочка полости рта. Осуществлено эндопротезирование титановым имплантатом (**рис. 2**). В рану установили перфорированную трубку для активной аспирации экссудата, к дистальному концу которой

присоединили резервуар для создания отрицательного давления в системе. Наружная рана ушита послойно.

Послеоперационный период протекал без осложнений. Непрерывная аспирация экссудата проводилась в течение 3-х суток, Швы сняты на 10-й день. Больной выписан из стационара на 12-й день лечения. После снятия швов межчелюстная фиксация продолжалась 3 недели. Контрольные осмотры проведены через 1,6 и 12 месяцев после операции (**рис. 3,4**).

При обследовании через 12 месяцев – у пациентов нормализовались все показатели крови (за исключением печеночных проб, связанных с гепатитом С). При осмотре: лицо практически симметрично. Открывание рта – около 3 см. В левой подчелюстной области определяется мягкий безболезненный бледно-розовый рубец. В полости рта – слизистая над имплантатом бледно-розовая, плотная. Участков протрузии эндопротеза и обнажения кости

нет. На рентгенограмме челюсти – новых очагов разрушения кости не обнаружено.

Таким образом, отсутствие во всех случаях местных и общих осложнений, положительная динамика результатов исследования системы гомеостаза, высокий функциональный и удовлетворительный эстетический результат, позволяют считать предлагаемый метод лечения НХОЧ эффективным у лиц, отказавшихся от приема наркотических препаратов.

Выводы.

1. Течение атипичных форм остеомиелита челюстей у наркозависимых крайне вариабельно и требует индивидуального планирования сроков и объема оперативного вмешательства.

2. Методика резекции нижней челюсти с одномоментным эндопротезированием титановым имплантатом позволяет в один этап избавить пациентов от страданий, достичь стойкой стабилизации процесса, сократить этапы хирургического лечения с хорошим функциональным и косметическим результатом, оптимизировать послеоперационный период, и вернуть их к полноценной жизни.

Перспективы дальнейших исследований.

Полученные результаты исследований позволяют считать, что методика непосредственного эндопротезирования при резекции нижней челюсти и применение непрерывной аспирации экссудата в лечении пациентов с НХОЧ могут быть методами выбора для клиник, занимающихся данной проблемой. Планируется изучить и проанализировать динамику показателей гомеостаза большего числа больных под влиянием предложенного лечения.

Литература

1. Лесовая И. Г. Клинический опыт оказания специализированной помощи больным с нетипичным течением одонтогенного остеомиелита, страдающих наркоманией и синдромом приобретенного иммунодефицита / И. Г. Лесовая, В. М. Хименко, В. В. Хименко // Матер. Всеукраинской научно-практической конференции «Новые технологии в стоматологии и челюстно-лицевой хирургии». – Харьков, 2006. – С. 77-82.
2. Маланчук В. О. Комплексное лечение больных остеомиелитом челюстей на фоне наркотической зависимости / О. В. Маланчук, И. С. Бродецкий // Матер. Республиканской науч.-практ. конференции с междунар. участием «Современные достижения и перспективы развития хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии». – Харьков, 2010. – С. 51-53.
3. Медведев Ю. А. Остеонекрозы костей лицевого скелета челюстей у лиц с наркотической зависимостью: клиника, диагностика, принципы лечения / Ю. А. Медведев, Е. М. Басин // Врач. – 2012. – № 2. – С. 55-60.
4. Морозова М. Н. Использование непрерывной низко дозированной вакуумной аспирации в лечении гнойно – воспалительных процессов мягких тканей лица и шеи / М. Н. Морозова, В. А. Красников, М. Ю. Люперсольский // Дентальные технологии. – 2007. – № 3-4. – С. 40-48.
5. Рузин Г. П. Морально-этические проблемы при лечении больных хроническими токсическими остеомиелитами, развившимися вследствие наркотической зависимости / Г. П. Рузин, О. В. Ткаченко, И. В. Василенко // Український стоматологічний альманах. – 2011. – № 4. – С. 63-71.
6. Тимофеев А. А. Клиническое течение гнойно-воспалительных заболеваний челюстей и мягких тканей челюстно-лицевой области у больных, употребляющих наркотик «Винт» / А. А. Тимофеев, А. В. Дакал // Современная стоматология. – 2010. – № 1. – С. 96-102.
7. Marx R. Oral & intravenous biphosphonates – induced osteonecrosis of the jaws: history, etiology, prevention and treatment / R. Marx // Hanover-Park IL : Quitessense Publishing Co Inc. – 2007. – P. 1-19.

УДК 616. 716. 8-089. 85: 616. 31-089: 056. 83

ДОСВІД ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ НЕТИПОВОГО ХРОНІЧНОГО ОСТЕОМІЄЛІТУ ЩЕЛЕП У ХВОРИХ, ЩО ЗВІЛЬНИЛИСЯ ВІД НАРКОТИЧНОЇ ЗАЛЕЖНОСТІ

Морозова М. М., Люперсольський М. Ю., Бояринцев С. В.

Резюме. У статті представлений досвід хірургічного лікування 5 хворих з нетиповими формами хронічного остеомиєліту щелеп, обумовленого прийомом синтетичних сурогатів первитина. Пацієнти повністю відмовилися від прийому наркотика (термін – не менше року). Метод відрізняється від існуючих тим, що окрім резекції ураженої частини нижньої щелепи, виконувалося одномоментне ендопротезування титановими імплантатами. Автори не спостерігали випадків місцевих і загальних ускладнень, відмітили позитивну динаміку даних системи гомеостазу, високий функціональний і задовільний естетичний результат

Ключові слова: остеомиєліт щелеп, наркозалежність, лікування

УДК 616. 716. 8-089. 85: 616. 31-089: 056. 83

ОПЫТ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ НЕТИПИЧНОГО ХРОНИЧЕСКОГО ОСТЕОМИЕЛИТА ЧЕЛЮСТЕЙ У БОЛЬНЫХ, ОСВОБОДИВШИХСЯ ОТ НАРКОТИЧЕСКОЙ ЗАВИСИМОСТИ

Морозова М. Н., Люперсольский М. Ю., Бояринцев С. В.

Резюме. В статье представлен опыт хирургического лечения 5 больных с нетипичными формами хронического остеомиелита челюстей, обусловленного приемом синтетических сурогатов первитина. Пациенты полностью отказались от приема наркотика (срок – не менее года). Метод отличается от существующих тем, что помимо резекции пораженной части нижней челюсти, выполнялось одномоментное эндопротезирование титановыми имплантатами. Авторы не наблюдали случаев местных и общих осложнений, отметили положительную динамику данных системы гомеостазу, высокий функциональный и удовлетворительный эстетический результат.

Ключевые слова: остеомиелит челюстей, наркозависимость, лечение.

UDC 616. 716. 8-089. 85: 616. 31-089: 056. 83

Experience of Surgical Treatment of Atypical Chronic Osteomyelitis of The Jaws in Patients who Recovered from Drug Abuse

Morozova M. N., Lupersolsky M. U., Boyarintsev S. V.

Summary. Numerous studies have evidenced that the progressive character of osteomyelitis process in the facial bones of the skeleton in persons taking Pervitin surrogates lead to the performing of several partial necrosectomies. After these operations, there was reported the further progress of the process with the development of purulent and septic complications. Because of that, the surgeons more often come to the conclusion on the necessity of enlarged surgical intervention, even total removal of the lower jaw. However, such surgical interference leads to the formation of stable deformities of the lower area of the face, dysfunction of speech, swallowing, mastication of food and others.

There appeared the first reports about performing in such patients resection of the half of the lower jaw with the elements of primary reconstruction with the help of super elastic net made of titanium nickellide. Nevertheless, the

authors inform about the negative experience of making simultaneous reconstruction of the defects which appear in patients who continue being drug-abused.

Cases of deliberate refuse from drugs are rare, but they occur. According to our studies, these patients are to be rendered complete surgical aid including placement of endoprostheses. Such cases are likely to succeed and stop the process with complete value return of the patients to the society.

The purpose of study is to increase efficiency in treatment of atypical forms of jaws osteomyelitis in patients, who refused from Pervitin surrogates with the use of the method of mandible resection and simultaneous placement of endoprosthesis made of titanium implants.

Material and methods: during the period from 2010 to 2013 год there was rendered operative treatment to 5 patients with atypical chronic osteomyelitis of the jaws, who completely refused from drug preparations. The correction of the indices of the homeostasis system was being made (according to the indications).

Results of studies and discussion of studies. 3 male patients (29, 31 and 34 years of age) and 2 female patients (23 and 27 years of age) underwent surgery. In all the persons the "experience" of Pervitin surrogates use wasn't longer than 4 years, the period of refuse from drugs was from one to five years. In 2 patients there was performed resection of the half of the mandible; in 1 person – the removal of all the body of the jaw and the ramus on one side; in 2 cases there was performed removal of the impaired section of the mandible body (both rami were preserved).

The operations were performed under the endotracheal anesthesia. There was made the incision in the sub-mandibular area of the impaired side parallel to the margin of the mandible and its bordering angle. The fistulas were dissected; the affected part of the bone was exposed by dull and sharp method. There was made osteotomy and removal of the segment of the jaw (with the removal of the articular head in 3 cases) 1 cm aside from the border of the altered bone (revealed on the CT). The bone border was thoroughly made even and round with dental cutters to avoid postoperative eruption of the mucous membrane. The edges of the mucous defect were refreshed and there were applied two rows of sutures reliably separating the wound from the mouth cavity.

Placement of endoprosthesis was made with the help of reconstructive titanium plate (in cases of exarticulation of the articular head – the prosthesis of the articular head and titanium), of «Konmet» production. From the left healthy area and along the lower edge of the endoprosthesis there was placed perforated tubular drainage. The wound was sutured by layers hermetically. The capacity of 100 ml was attached to the distal end of the drainage for gathering and active aspiration of exudate. On the next day rubber bands were applied in the patients to restore the occlusion on the healthy side of the jaw.

In all cases the postoperative period was going without complications. No cases of sutures separation or exposure of implant occurred. In a month, during examination there were observed pink cicatrices on the skin and mucous membrane of the oral cavity. The range of the opening of the mouth was satisfactory enough in all cases. There was practically complete normalization of blood indices (except the accelerated ESR). The follow-up examination was performed in one patient in 2,5year. There were marked both no local symptoms of inflammation, recurrences and x-ray signs of the process progress and good functional and cosmetic effect.

Key words: osteomyelitis of the jaw, drug-abused persons, treatment.

Рецензент – проф. . Новіков В. М.

Стаття надійшла 8. 05. 2013 р.