

И.Г. Лесовая, В.М. Хименко, В.В. Хименко.

Харьковская медицинская академия последипломного образования. Кафедра стоматологии, хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии .

Вступление. Диагностике и лечению больных с гнойно-воспалительными заболеваниями челюстно-лицевой области всегда уделяется большое внимание. Это обусловлено тем, что контингент больных с данной патологией является самым многочисленным в стоматологических стационарах. Одну из тяжёлых лечебно-диагностических групп составляют больные с воспалительными заболеваниями челюстных костей. В последнее время отмечается увеличение частоты проявлений нетипичного течения заболеваний. Как правило, воспалительный процесс челюстных костей с нетипичным течением чаще регистрируется у лиц употребляющих психотропные наркотические средства и нередко, являющихся ВИЧ инфицированными [1]. Сопутствующая патология, которая, по сути, является основным этиологическим фактором, как правило, скрывается пациентом и выявляется при специфическом исследовании. Тем не менее, нетипичное течение и стремительное развитие осложнений при проведении традиционного лечения данного контингента больных приводит к уточнению диагноза только после соответствующего дообследования. Это значительно удлиняет сроки оказания специализированной помощи, приводит к снижению эффективности лечения, инвалидизации больных, возникновению летальных исходов. В связи с этим, приобретает актуальность изучения особенностей нетипичного течения остеомиелитов челюстных костей для практического повышения качества дифференциальной диагностики и лечения данного контингента больных.

Целью настоящего исследования было определение особенностей клиники и лечения одонтогенного остеомиелита челюстей с нетипичным течением у лиц, страдающих наркоманией и СПИД.

Материалы исследования. Для достижения цели нами были изучены и проанализированы истории болезни пациентов с одонтогенными остеомиелитами челюстей лечившихся в клинике кафедры стоматологии, хирургической стоматологии и

челюстно-лицевой хирургии ХМАПО на базе стоматологического отделения больницы скорой и неотложной медицинской помощи г. Харькова за период 2005-2006гг.

Произведен анализ по ряду параметров: пол, возраст, время и характер поступления, характер жалоб, анамнез заболевания и жизни, данные клинических, лабораторных, рентгенологических исследований, состояние органов и систем по заключениям врачей-интернистов, местные признаки заболевания, диагноз клинический, объем лечения, количество койко-дней, исход заболевания.

Результаты исследования и их обсуждение. За исследуемый период в стоматологический стационар с одонтогенными остеомиелитами поступило 48 (1,29%) пациентов. Из них у 17 (35,4%) наблюдали нетипичное течение воспалительного процесса челюстей. Локализацию патологического процесса в области нижней челюсти наблюдали у 8 (47%) пациентов, у 5 (29,5%) - верхней челюсти у 4 (23,5%) - обеих челюстей. Среди болеющих 12 (70%) мужчин и 5 (30%) женщин в возрасте от 25 до 40 лет, в основном не работающие. Поступление больных в стоматологический стационар осуществлялось следующим образом: 5 (29,5%) направлено из амбулатории, 7 (41%) были доставлены бригадой скорой помощи, 5 (29%) обратились самостоятельно.

При осмотре больные предъявляли жалобы на: резко болезненную припухлость и выраженную деформацию лица, наличие оголенной кости на месте удаленных ранее зубов и подвижность болезненность соседних зубов, затруднения в приеме пищи, зловонный запах изо рта, ухудшение общего самочувствия, слабость, недомогание.

Средние сроки от начала появления первичных признаков заболевания до поступления в стационар составили от 1,5 до 4,5 месяца. Все больные связывали начало заболевания с удалением подвижного или разрушенного зуба в процессе плановой хирургической санации полости рта в амбулатории. В 2 случаях стоматолог-хирург поликлиники при первом обращении был осведомлен о факте систематического употребления пациентом психотропных наркотических средств. Это было отмечено в сопроводительной медицинской документацией при направлении больного на госпитализацию, в связи с развитием непредвиденных и нехарактерных воспалительных осложнений. При уточнении анамнеза жизни 8(47%) обследованных отмечали наркоманию в прошлом и 9(53%) имели наркотическую зависимость на момент болезни. Все обследованные отмечали использование искусственного наркотического комбинированного вещества, известного в среде наркоманов под названием "Винт". Длительность употребления этого вещества составляла от 1 до 5 лет. Как указывали сами больные, это вещество содержит в своей химической структуре высокотоксичные составляющие: хлор, сернистый ангидрид, серная, соляная кислоты и т.д.

При клиническом обследовании состояние всех поступивших оценивалось, как средней степени тяжести. Температурная реакция не превышала субфебрильные цифры. Проводились консультации смежных специалистов (психиатр, невропатолог, терапевт, анестезиолог). Данные обследования проведенные смежными специалистами подтверждали наркотическую зависимость, наличие у 2 больных хронического гепатита, со стороны сердечно-сосудистой системы и дыхательной патологии не определяли. Из всех обследованных и пролеченных нами пациентов с нетипичным течением одонтогенного остеомиелита 2(12%) страдали СПИДом, о чем свидетельствовали соответствующие документальные данные. Среди остальных пациентов результаты специфических исследований на наличие этого заболевания были отрицательны.

Местными признаками болезни были асимметрия лица за счет припухлости кожных покровов и выраженной деформации нижней челюсти и (или) костей средней зоны лица. У 7 больных в области припухлости имелись от 2 до 5 свищевых ходов с гнойным отделяемым и ихорозным запахом без выбухающих грануляций. Движения нижней челюсти были затруднены. При осмотре полости рта: слизистая в цвете изменена, отечна, переходная кладка в области очага поражения сглажена, альвеолярный отросток и лунки удалённых зубов оголены, лишены надкостницы, покрыты грязно - серым фибринозным налётом, при диагностическом покабливании не кровила. Слизистая на границе с оголенной костью с гиперемированным венчиком. При локализации процесса на верхней челюсти у 3 больных диагностировано ороантральное сообщение, которое образовалось спустя некоторое время после удаления зуба. Реакция регионарных лимфатических узлов в виде серозного лимфаденита определялась у 4 больных.

. При поступлении в стационар всем больным проводилось базовое клинико-лабораторное исследование (клиническое и биохимическое исследование крови, определение группы крови, Rh-фактор, рентгенографическое исследование челюстей). При исследовании крови нами были выявлены только типичные изменения, характерные для острых воспалительных процессов - умеренный лейкоцитоз со сдвигом влево, показатели гемоглобина и количество эритроцитов у нижней границы нормы, СОЭ не более 15 мм/ч, цветной показатель в норме.

Рентгенологическое обследование челюстей заключалось в изучении нижней челюсти в 3-х проекциях, ППН, укладка по Лившицу при локализации процесса в области средней зоны лица, производилась ортопантомография челюстей, а в отдельных сложных случаях использовалось ЯМР-КТ, компьютерная рентгенография. Следует отметить, что рентгенологическая картина остеомиелитических поражений челюстных костей резко отличается от таковой у больных не страдающих наркоманией и СПИДом.

При изучении рентгенограмм были очевидны: объёмность поражения, распространяющаяся на значительные участки челюстной кости; наличие нескольких самостоятельных очагов, с возможной локализацией в разных анатомических областях; хаотичное чередование зон остеосклероза с зонами остеопороза с большим преобладанием последних, напоминающих “мыльную пену”; отсутствие выраженной зоны демаркации по краям процесса; рентгенологическая верификация спонтанного перелома без явной клинической симптоматики последнего.

Лечение данного контингента больных имело комплексный подход и преследовало основополагающие принципы гнойно-септической хирургии. При планировании хирургического вмешательства важным звеном являлось оказание анестезиологического пособия данному контингенту больных. Сложность последнего была связана с обеспечением венозного доступа вызванного необратимыми повреждениями поверхностных и глубоких вен верхних и нижних конечностей. В данной ситуации, из-за высокого риска развития известных осложнений, методом выбора являлась пункция подключичной вены с последующим тщательным медицинским контролем за пациентами. Все операции проводились в условиях общего обезболивания (интубационный наркоз или нейролептаналгезия в комбинации с местным проводниковым и инфльтрационным обезболиванием) интраоральными или экстраоральными доступами, а также сочетанием их. Объем хирургического вмешательства определяли клинико-рентгенологическими особенностями картины заболевания. При экстраоральных доступах применяли адекватные разрезы, в пределах предполагаемых границ остеомиелитического процесса, руководствуясь соблюдением принципов разумного радикализма. В процессе операции выполнялось удаление нежизнеспособных участков челюсти в соответствии с рентгенологической картиной заболевания, а иногда и с некоторым увеличением границ последних, с целью стабилизации процесса. При этом удаляли свободно лежащие участки некротизированной кости, вскрывали и дренировали гнойные очаги, создавая адекватное дренирование и лаваж костной раны. В некоторых случаях тяжелое обще-соматическое состояние пациентов и высокий риск анестезиологического пособия с возможным развитием послеоперационных осложнений, ограничивали объемы хирургического вмешательства до паллиативного уровня. Направленность хирургического вмешательства в целом была связана с возможностью уменьшения общерезорбтивного действия на организм продуктов распада из очага воспаления и коррекции основных показателей гомеостаза. У больных, с риском развития спонтанных переломов нижней челюсти применялось бимаксиллярное шинирование по Тигерштедту в дооперационном периоде, а в послеоперационном периоде межчелюстное вытяжение производилось на 2-3 и сутки. При интраоральных операциях на костных структурах средней зоны лица производилось формирование лоскутов слизистой преддверия рта, неба для возможности избыточного закрытия обширных послеоперационных дефектов, а также по показаниям производилось дополнительная изоляция при помощи индивидуальных нёбных защитных пластинок, изготавливаемых лабораторным путём.

Медикаментозное лечение для данной группы больных проводилось традиционно с использованием рациональной антибиотикотерапии, дезинтоксикационной, общеукрепляющей, симптоматической терапии, иммунокоррекции, а так же с применением физиотерапевтических методов.

После проведенного комплексного лечения у пациентов достигали временной ремиссии воспалительного процесса, которая проявлялась в исчезновении болевого фактора, прекращении гноетечения и рубцевании свищей, уменьшение внешней деформации лица, существенного уменьшения ороантрального сообщения. Однако, несмотря на объемные хирургические вмешательства и проводимую терапию большинства больных на 6-7 сутки наблюдалось несостоятельность швов. Все больные были выписаны с улучшением, продолжительность лечения составляла в среднем 12 койко- дней.

Выводы. На основании изученного становится очевидным, что у трети больных госпитализированных в клинику с одонтогенными остеомиелитами имелось нетипичное течение заболевания. Для всех пациентов данного контингента характерен отягощенный наркологический анамнез и двое из них страдали СПИДом. Анализ клинического материала указывает на сложность диагностики заболевания, вызванную нежеланием и боязнью самих пациентов рассказывать о своём “сопутствующем заболевании”. Развитие заболевания медленное, упорно прогрессирующее и

сопровождается вялотекущим воспалением мягких тканей, некрозом кости без наличия демаркационной зоны и традиционного формирования секвестров. Рентгенологические особенности поражения челюстного аппарата нами неоднократно подтверждены

интраоперационно и могут быть использованы практическими врачами в диагностике одонтогенного остеомиелита нетипичного течения у данного контингента больных. Несмотря на соблюдение основных принципов гнойной челюстно-лицевой хирургии и комплексного подхода, диагностика и лечение пациентов с нетипичным течением одонтогенного остеомиелита челюстей страдающих наркоманией и СПИДом

требуют усовершенствования.

Список литературы: 1. Тимофеев А.А. Особенности клинического течения одонтогенных воспалительных заболеваний челюстей и мягких тканей у больных

Written by Administrator

Sunday, 25 January 2009 20:33 - Last Updated Sunday, 25 January 2009 20:40

наркоманией и ВИЧ-инфицированных // Современная стоматология. 2006.-№2.-С.88-95

И.Г. Лесовая, В.М. Хищенко, В.В. Хищенко. Клинический опыт оказания специализированной помощи больным с нетипичным течением одонтогенного остеомиелита страдающих наркоманией и синдромом приобретенного иммунодефицита.//Харьков, Мат-лы Всеукраинской научно-практической конференции «Новые технологии в стоматологии и челюстно-лицевой хирургии».-2006.-с.77-82