

УДК 616.716.1-018.46-002-02:616.89-008.441.33

ПРИНЦИПЫ ЛЕЧЕНИЯ ОСТЕОНЕКРОЗОВ ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ У ЛИЦ С НАРКОТИЧЕСКОЙ ЗАВИСИМОСТЬЮ

Е.М. Басин, Ю.А. Медведев

Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова (119991, г. Москва, ул. Трубецкая, 8/2)

Ключевые слова: кустарные наркотические препараты, остеонекроз челюстей, оперативное лечение, пластика.

Описан случай нетипичного правостороннего одонтогенного остеомиелита верхней челюсти у пациента 28 лет, употреблявшего дезоморфин. В течение 2 лет выполнены несколько оперативных вмешательств: резекция челюсти и лицевой кости, ревизия патологического очага и устранение ороантрального соустья, вскрытие абсцесса, некротомия и кожно-фасциальная пластика с применением алломатериалов на основе коллагена. В подобных клинических ситуациях подчеркивается необходимость при невозможности санации через рот или рецидиве заболевания, а также при наличии свищевых ходов в области средней зоны лица использовать открытые доступы к верхней челюсти и сочетать элементы первичной реконструкции с формированием местных васкуляризованных лоскутов.

При кустарном изготовлении наркотических препаратов, таких как первитин и дезоморфин, у лиц с наркотической зависимостью регистрируются атипичные остеомиелиты костей лицевого черепа, которые клинически схожи с фосфорным некрозом челюстей, описанным у работников спичечного производства в XVIII–XIX вв. [1]. В современной литературе отсутствуют указания по тактике лечения остеонекрозов лицевого скелета у лиц с наркотической зависимостью [4–5].

С декабря 2007 по январь 2012 г. в клинике челюстно-лицевой хирургии Первого МГМУ им. И.М. Сеченова находились на лечении 45 пациентов с наркотической зависимостью. У всех в анамнезе зафиксировано употребление синтетических наркотических препаратов, в ходе изготовления которых используется красный фосфор – дезоморфин и первитин. У 28 человек диагностирована мононаркомания, 17 пациентов сочетали употребление дезоморфина с приемом лекарственных (тропикамид) и наркотических (героин, препараты конопли) веществ. Средний возраст на момент обращения составил 32 года.

У 44 пациентов (97,7 %) зарегистрирован вирусный гепатит С, у 6 – ВИЧ-инфекция (13,3 %) и у 3 – туберкулез (6,6 %). Остеонекроз нижней челюсти диагностирован в 25 случаях (56 %), остеонекроз верхней челюсти – в 14 случаях, диффузное поражение обеих челюстей – в 6 случаях (13 %). В 6 наблюдениях (14,6 %) отмечен патологический перелом нижней челюсти.

С целью описания схемы хирургического лечения остеонекрозов верхней челюсти и средней зоны лица

у пациентов с наркотической зависимостью приводим собственное наблюдение.

Пациент Ю., 1983 г.р., обратился в клинику челюстно-лицевой хирургии Первого МГМУ им. И.М. Сеченова 20.04.2009 г. в связи с наличием длительно существующей раны с обнажением костной ткани в области верхней челюсти справа и асимметрии лица за счет длительно сохранявшейся инфильтрации мягких тканей в правой подглазничной области.

Из анамнеза: с 2005 г. употреблял синтетический наркотический препарат дезоморфин внутривенно до 3–4 раз в день. Впервые обратился за медицинской помощью по месту жительства за 18 месяцев до настоящего обращения в связи с появлением боли в области зубов на верхней челюсти справа. В стоматологической поликлинике удален зуб 15. Однако в связи с прогрессированием воспалительного процесса в области верхней челюсти и сохранением раны с гнойным отделяемым был госпитализирован. При лабораторном исследовании диагностирован хронический вирусный гепатит С.

При осмотре была заметна асимметрия лица за счет припухлости мягких тканей в области верхней трети щеки и подглазничной области справа. Пальпаторно в правой подглазничной области определяется плотно-эластический инфильтрат. Кожа над ним была гиперемирована, в складку собиралась с трудом. Открывание рта в полном объеме, глотание безболезненное. Альвеолярный отросток в проекции 15 и 16 зубов обнажен, визуализировалась некротически измененная костная ткань светло-песочного цвета с гнойным отделяемым. Пальпация в проекции передней стенки гайморовой пазухи и по переходной складке в проекции 18–12 зубов болезненна. Из носового хода отделяемого не определялось.

При компьютерной томографии в день госпитализации диагностированы выраженные структурные изменения костной ткани тела и альвеолярного отростка верхней челюсти справа, а также правой скуловой кости в виде неравномерного склероза с наличием множества мелких участков краевой деструкции. Стенки правой верхнечелюстной пазухи неравномерно утолщены, склерозированы, медиальная стенка разрушена, 15 и 16 зубы отсутствуют. На уровне отсутствующего 15 зуба имелся дефект стенки верхнечелюстной пазухи размером 0,5 см (рис. 1). Полость правой верхнечелюстной пазухи заполнена неоднородным содержимым с мелкими плотными включениями и пузырьками газа.

Кроме того, в пазухе визуализировалось инородное тело цилиндрической формы, металлической плотности, размером 0,3×0,5 см. Клетки решетчатого лабиринта справа и правая половина лобной пазухи тотально выполнены однородным плотным содержимым. Стенки клеток решетчатого лабиринта склерозированы, отдельные из них разрушены. На уровне сканирования в области корней 26 зуба обнаружена радикулярная киста размером 0,5×0,7 см.



Рис. 1. Полость рта пациента Ю. при поступлении.

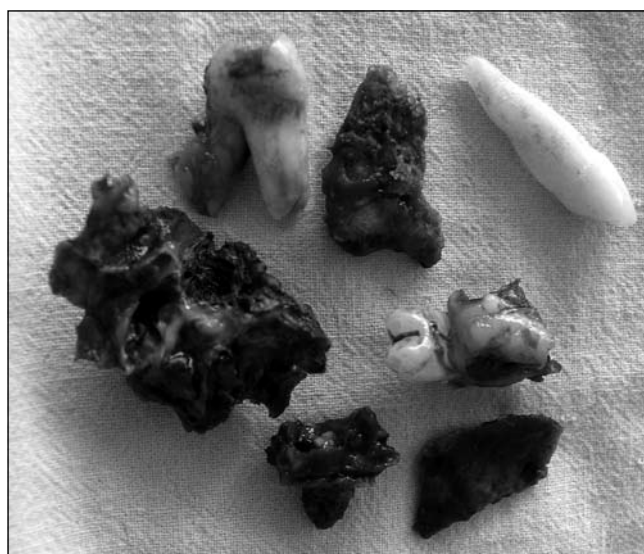


Рис. 2. Фрагменты костной ткани и зубы, удаленные во время операции 30.04.2009 г.

Заключение: признаки остеомиелита верхней челюсти и скуловой кости справа; правосторонний синусит. Клинический диагноз: обострение хронического одонтогенного остеомиелита верхней челюсти справа; хронический вирусный гепатит С.

30.04.2009 г. под общим обезболиванием внутриротовым способом проведена операция резекции верхней челюсти и лицевой кости справа (рис. 2). В полость верхнечелюстного синуса установлена турунда с йодопионом и синтомициновой эмульсией, край турунды выведен через правый носовой ход. Рана со стороны полости рта была ушита без натяжения, интраоперационно была установлена защитная пластинка, однако 07.05.2009 г. отмечена несостоятельность швов. На момент выписки (13.05.2009 г.) у пациента имелся дефект слизистой оболочки верхней челюсти, сообщением верхнечелюстного синуса с полостью рта.

Повторно госпитализирован 28.10.2009 г. 11.11.2009 г. проведена операция ревизии патологического очага и устранения ороантрального соустья. 10.03.2010 г. госпитализирован для хирургической санации. По данным внешнего осмотра, в дистальном отделе послеоперационного рубца со стороны полости рта определялось ороантральное соустье. 17.03.2010 г. в условиях местной анестезии удален 26 зуб. На момент выписки (24.03.2010 г.) лунка удаленного 26 зуба эпителизировалась.

02.07.2010 г. пациент снова обратился в клинику с жалобами на припухлость в правой подглазничной области. В тот же день госпитализирован, в условиях местной анестезии выполнено вскрытие абсцесса. Выписан 09.07.2010 г., послеоперационная рана зажила вторичным натяжением.

23.09.2010 г. пациент обратился в клинику с жалобами на сохранение припухлости в правой подглазничной области. В связи с наличием гнойного отделяемого, инфильтрата в правой подглазничной области и невозможности санации гнойного очага внутриротовым доступом, принято решение о проведении оперативного вмешательства на верхней челюсти открытым способом. В условиях местной анестезии 06.10.2010 г. выполнена операция префабрикации кожно-фасциального лоскута. Вмешательство проведено по типу перемещения свободного лоскута кожи с боковой поверхности живота справа (*cutis subcutis*) в правую височную область. Между лоскутом кожи и раной в височной области в качестве изолирующей прокладки использовался «Коллост» – материал на основе коллагена.

18.10.2010 г. в условиях общей анестезии после типичного разреза по Кохеру–Веберу иссечен свищевой ход в правой подглазничной области. При помощи бормашины и остеотомов резецирована часть верхней челюсти, удалены 3 свободнолежащих секвестра размером 1×1 см и фрагменты грануляционной ткани с примесью гноя. В правой височной области в зоне ранее проведенного оперативного вмешательства через Т-образный разрез рассечена височная мышца и сформирован кожно-мышечный лоскут. В мягких тканях под скуловой дугой создан тоннель, через который проведен сформированный лоскут. Последний подшит к слизистой оболочке щеки и альвеолярному отростку верхней челюсти без натяжения. Коллагеновая мембрана была рассечена, один фрагмент уложен на дно раны, второй – фиксирован по нижнеглазничному краю.

При гистологическом исследовании операционного материала определялись фрагменты некротизированной костной ткани с инфильтрацией полиморфно-ядерными лейкоцитами и отложения солей кальция в костном мозге. Стенки свищевого хода были представлены фиброзной и грануляционной тканью с инфильтрацией полиморфно-ядерными лейкоцитами. **Заключение:** морфологическая картина остеомиелита.

25.10.2010 г. со стороны полости рта визуализировался дефект слизистой оболочки 1×1,5 см, отмечена несостоятельность швов, лоскут был синюшен на 2/3 и подвижен. 08.11.2010 г. проведена некрэктомия лоскута. На момент выписки (19.11.2010 г.) со стороны полости рта в области тела верхней челюсти справа визуализировалась рана размером 2×2 см со скудным серозно-гнойным отделяемым, ее стенки и дно были покрыты вялыми грануляциями, имелись небольшие участки обнажения костной ткани.

В связи с сохранением ороантрального соустья 18.05.2010 г. пациент вновь госпитализирован с диагнозом: токсический фосфорный остеонекроз верхней челюсти; ороаназальное соустье. 30.05.2010 г. под эндотрахеальным наркозом выполнено устранение ороаназального соустья местными тканями. Со стороны полости рта в правой щечной области сформирован трапециевидный лоскут, освежены края и мобилизован лоскут с неба. Удалены некротизированная костная ткань и грануляции. Рана многократно обработана растворами антисептиков, в проекции верхнечелюстного синуса уложены шарики, жгутики и порошок из материала «Коллост». Рана ушита простыми узловыми швами. На линию швов и лоскута



Рис. 3. Внешний вид больного (декабрь 2011 г.): визуализируется свищевой ход от медиального угла правого глаза в области рубца.

уложена мембрана «Коллост», которая была зафиксирована защитной пластинкой. Первая перевязка со снятием защитной пластинки проведена на 4-е сутки. 14.06.2010 г. пациент выписан в удовлетворительном состоянии, раны зажили первичным натяжением.

Несмотря на удовлетворительное заживление раны 30.06.2010 г. пациент отметил попадание жидкости в полость носа. При осмотре в области медиального края лоскута визуализировался свищевой ход, который пациента практически не беспокоил, отмечалось лишь эпизодическое попадание жидкости в полость носа.

01.09.2011 г. пациент вновь обратился в клинику в связи с наличием припухлости в области медиального угла правого глаза. В правой подглазной области по ходу рубца имелся свищевой ход до 0,3 см в диаметре со скудным гнойным отделяемым.

По данным компьютерной томографии от 14.09.2011 г. свежих костных деструктивных изменений не обнаружено. Верхняя челюсть справа, тело правой скуловой кости, нижняя стенка правой орбиты резецированы. Контуры кости по краю резекции достаточно четкие, неровные. Сохранные отделы стенок правой верхнечелюстной пазухи, тела правой скуловой кости и прилежащие структуры клиновидной кости разрушены, с признаками гиперпластического остеосклероза. Костные пластинки неравномерно уплотнены. Сохранились линейные ассимилированные периостальные наслоения по наружной стенке правой орбиты. Правая верхнечелюстная пазуха тотально выполнена мягкотканым содержимым. Имелось сообщение между ротовой полостью, правой верхнечелюстной пазухой и полостью носа. Слизистая оболочка передних клеток решетчатого лабиринта справа неравномерно утолщена.

После консультации ЛОР-врача рекомендована эндоскопическая синусотомия справа и пластика носовой перегородки. На момент написания статьи пациент проходил дообследование для последующей госпитализации в клинику ЛОР-болезней (рис. 3).

Таким образом, несмотря на использование хирургической тактики лечения пациентов с наркотической зависимостью, до сих остаются неясными критерии жизнеспособности костной ткани в области остеонекроза челюстных костей. В связи с применением различных кислот и органических растворителей, а также красного фосфора при кустарном изготовлении дезоморфина и первитина у пациентов с наркотической зависимостью регистрируются изменения не только в костной ткани, но и со стороны кровеносных сосудов. При невозможности санации внутриротовым доступом или рецидиве заболевания, а также при наличии свищевых ходов в области средней зоны лица необходимо использовать открытые доступы к верхней челюсти и сочетать элементы первичной реконструкции с формированием местных васкуляризированных лоскутов и пластических рассасывающихся материалов на основе коллагена.

Литература

1. Бегельман И.А. Фосфорный некроз челюстей // Горьковский мед. журнал. 1934. № 4–5. С. 75–81.
2. Иващенко А.Л., Матрос-Таранец И.Н., Прилуцкий А.С. Современные аспекты этиопатогенеза, клинической картины и лечения остеомиелитов челюстей у пациентов с наркотической зависимостью и ВИЧ-инфекцией // Питание экспериментальной та клінічної медицини. 2009. № 13 (1). С. 213–219.
3. Маланчук В.А., Копчак А.В., Бродецкий И.С. Клинические особенности остеомиелита челюстей у больных с наркотической зависимостью // Укр. мед. часопис. 2007. № 4 (60). С. 111–117.
4. Маланчук В.О., Бродецкий И.С. Комплексное лечение больных остеомиелитом челюстей на фоне наркотической зависимости // Современные достижения и перспективы развития хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии: мат. Республиканской научно-практической конференции с международным участием. Харьков, 2010. С. 51–53.
5. Саберов Р.З., Дробышев А.Ю. Некроз челюсти у лиц с иммунодефицитом на фоне приема наркотических препаратов // Новые технологии в стоматологии: материалы XVI Международной конференции челюстно-лицевых хирургов. СПб., 2011. С. 157.

Поступила в редакцию 09.04.2012.

PRINCIPLES OF MAXILLA OSTEONECROSIS IN PATIENTS WITH DRUG ABUSE

E.M. Basin, Yu.A. Medvedev

I.M. Sechenov First Moscow State Medical University (8/2 Trubetskaya St. Moscow 119991 Russian Federation)

Summary – The authors have described the case of maxilla atypical right-sided odontogenic osteomyelitis in patient aged twenty-eight who took Desomorphine. Within two years he underwent several operative treatments such as maxillectomy and resection of facial bone, exploration of pathologic area and repair of oroantral anastomosis, lancing of abscess, necrotomy and dermato-fascial plastic reconstruction with application of collagen-based materials. In such clinical cases, when sanation by mouth is unavailable or there is a recurrent disease as well as fistulous tracts in the midface, it is required to lay emphasis on the necessity to use open accesses to maxilla and combine elements of primary reconstruction with formation of local vascularized flaps.

Key words: designer drugs, maxilla osteonecrosis, surgical treatment, plastic repair.

Pacific Medical Journal, 2013, No. 1, p. 87–89.