

МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
ХАРКІВСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
ГОЛОВНЕ УПРАВЛІННЯ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я
ХАРКІВСЬКОЇ ОБЛДЕРЖАДМІНІСТРАЦІЇ
ДЕПАРТАМЕНТ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я
ТА СОЦІАЛЬНИХ ПИТАНЬ ХАРКІВСЬКОЇ МІСЬКОЇ РАДИ
АСОЦІАЦІЯ СТОМАТОЛОГІВ УКРАЇНИ

МАТЕРІАЛИ

РЕСПУБЛІКАНСЬКОЇ НАУКОВО- ПРАКТИЧНОЇ КОНФЕРЕНЦІЇ
З МІЖНАРОДНОЮ УЧАСТЮ

*“Сучасні досягнення та перспективи розвитку хірургічної
стоматології та щелепно-лицевої хірургії”*

14 жовтня 2010 року
м. Харків

ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ ОСТЕОМИЕЛИТОМ ЧЕЛЮСТЕЙ НА ФОНЕ ХРОНИЧЕСКИХ ИНТОКСИКАЦИЙ

Скикевич М.Г., Волошина Л.И., Рыбалов О.В.

«ВГУЗУ» УМСА, кафедра хирургической стоматологии и челюстно - лицевой хирургии,

г. Полтава, Украина

Общественное и социальное значение проблемы хронического алкоголизма, токсикомании, наркомании определяется увеличением числа асоциальных лиц, инвалидизацией пациентов, формированием у них источников хронического воспаления, частыми обострениями воспалительных процессов, в том числе и в костях лицевого скелета, необходимостью неоднократных госпитализаций больных. Лечение больных с воспалительными заболеваниями челюстей на фоне хронических интоксикаций представляет собой весьма сложную задачу как для врача, так и для пациента.

Известно, что при хроническом алкоголизме потеря костной ткани может быть обусловлена непосредственным подавлением алкоголем функции остеобластов (Klein R.,F.,1997), алкогольные циррозы печени и недоедание - часто является причиной остеопороза.

Целью нашей работы было изучение особенностей течения и лечения больных хроническим остеомиелитом челюстей на фоне хронических интоксикаций.

Нами наблюдалось 7 пациентов в возрасте от 22 до 40 лет с хроническим остеомиелитом челюстей на фоне длительной интоксикации наркотическими препаратами и алкоголем (наркозависимость от 5 до 20 и более лет). При госпитализации в клинику челюстно-лицевой хирургии все пациенты были обследованы клинически, лабораторно, рентгенологически. У всех больных имелись признаки токсической энцефалопатии, был выявлен низкий уровень стрессоустойчивости (более 50 баллов).

Наблюдалась общность клинических проявлений хронического остеомиелита - вялое течение заболевания, выраженная интоксикация, прогрессирующая деструкция кости с неоднократной секвестрацией, патологические переломы челюстей, диффузный остеонекроз с отсутствием демаркационной зоны, выраженный иммунодефицит (верифицированы ВИЧ и СПИД). Все пациенты неоднократно госпитализировались в челюстно-лицевое отделение в связи с рецидивирующим распространением гнойно-некротического процесса по протяжению кости.

Медикаментозное лечение проводилось с использованием рациональной антибактериальной, дезинтоксикационной, общеукрепляющей, симптоматической терапии, иммунокоррекции, а так же с применением физиотерапевтических методов.

После проводимого комплексного лечения у пациентов достигалась временная ремиссия в течении хронического остеомиелита на сроки от 3-х до 12 месяцев.

На сегодняшний день не решён вопрос об объёмах оперативных

вмешательствах на челюстях и способах прогнозирования течения заболевания у этого контингента больных.

Можно согласиться со многими нашими коллегами, что лечение больных с воспалительными заболеваниями костей лицевого скелета у хронических алкоголиков и наркозависимых очень длительное и требует от пациентов терпения, времени, четкого выполнения предписаний врача значительных финансовых затрат, что в силу ряда причин не всегда возможно. Задача врача состоит в поисках комплексного воздействия на этиопатогенез заболевания, изучения патофизиологических и морфологических изменений в костной ткани и в организме в целом на фоне хронических интоксикаций, сочетающихся с заболеваниями печени и иммунодефицитными состояниями.

Мы считаем, что несомненную угрозу инфицирования костнопластического материала представляют деструктивные формы риногенного синусита и любые формы одонтогенного происхождения, при которых инфекция вегетирует, как на поверхности слизистой оболочки, так и в подлежащей костной ткани. А продуктивные формы риногенного синусита являются лишь факторами риска.

Нами было прооперировано 48 пациентов, с продуктивными формами риногенного синусита, которым было проведено 67 операций аугментации синуса.

У 8 пациентов интраоперационно диагностированы перфорации слизистой оболочки верхнечелюстного синуса, которые были ушиты и изолированы резорбируемой мембраной. В дальнейшем у 3 из 8 пациентов с перфорацией Шнайдеровой мембраны в раннем послеоперационном периоде произошло нагноение костнопластического материала. Клинически это сопровождалось воспалением слизистой оболочки полости рта в операционной области, образованием внутриротовых свищей. Один случай нагноения сопровождался явлениями катарального синусита.

Таким образом, наше исследование показывает, что продуктивные формы риногенного синусита не являются абсолютным противопоказанием для проведения аугментации синуса. При этой патологии инфекция присутствует лишь на поверхности слизистой оболочки синуса, и развитие послеоперационных осложнений, в виде инфицирования и нагноения костнопластического материала возможно только при ее перфорации.