

ХРОНІЧНИЙ ОСТЕОМІЄЛІТ СЕРЕДНЬОЇ ЗОНИ ОБЛИЧЧЯ З ПОШИРЕННЯМ НА КІСТКИ ОСНОВИ ЧЕРЕПА НА ТЛІ НАРКОТИЧНОЇ ЗАЛЕЖНОСТІ

В. О. Маланчук, Я. А. Кульбашна, І. С. Бродецький

Національний медичний університет імені О. О. Богомольця МОЗ України, м. Київ

CHRONIC OSTHEOMYELITIS OF THE FACIAL MIDDLE ZONE WITH SPREADING ON THE BONES OF CRANIAL BASE ON BACKGROUND OF NARCOTIC DEPENDENCE

V. O. Malanchuk, Ya. A. Kuhlbashna, I. S. Brodetskyi

Bogomolets National Medical University, Kyiv

Кількість пацієнтів з наркотичною залежністю та асоційованими з нею захворюваннями (ВІЛ, гепатит В і С, туберкульоз) у світі та в Україні невинно збільшується. Гнійно-запальні захворювання щелепно-лицевої ділянки, зокрема, остеомієліт щелеп у таких пацієнтів мають атипові клінічні прояви [1]. Саме остеомієліт щелеп, за даними клініки кафедри хірургічної стоматології та щелепно-лицевої хірургії, у 6,7% хворих на хронічний остеомієліт щелеп на тлі наркотичної залежності (з 210, яких лікували у період 2006 – 2013 рр.) спричинив поширення інфекції на кістки основи черепа та виникнення таких небезпечних гнійно-септичних ускладнень, як абсцес мозку, менінгіт, сепсис.

Причиною утворення абсцесу мозку можуть бути захворювання ЛОР-органів — (отит, синусит, мастоїдит — у 50%, травматичне пошкодження — у 15 – 20%, ускладнення після нейрохірургічних операцій — у 0,17 – 0,06%, одонтогенні запальні процеси — у 0,19%) [2], у 15% спостережень її не вдається визначити [3]. Абсцес мозку характеризується трьома синдромами: загальноінтоксикаційним, загально мозковим та вогнищевим. Вони проявляються такими симптомами: слабкість, гіпертермія, лихоманка, загальне нездужання, втрата свідомості, інтенсивний головний біль, блювання, нудота, безпричинна зміна настрою, запаморочення, напади епілепсії, неврит зорового нерва, сонливість, по-

Реферат

Проаналізований власний досвід лікування наркозалежних пацієнтів з приводу остеомієліту щелеп. У пацієнтів, які протягом тривалого часу перебували під токсичним впливом наркотичних речовин (навіть після припинення їх застосування), спостерігали поширення запального процесу на кістки середньої зони обличчя і основи черепа з виникненням небезпечних для життя гнійно-септичних, зокрема, внутрішньомозкових ускладнень (абсцес мозку, менінгіт, сепсис). Для оптимізації діагностики інтракраніальних ускладнень запропонована додаткова градація абсцесу мозку на відкриту і закриту форми.

Ключові слова: остеомієліт щелеп; гнійно-септичні ускладнення; абсцес мозку; наркотично залежні хворі.

Abstract

Own experience of treatment of a narcotic dependence patients, suffering osteomyelitis of jaws, was analyzed. In those patients, who have had exposed themselves towards toxic impact of narcotic substances (even after arrest of the consumption) for a long period of time, the inflammation spreading on the bones of facial middle zone and the skull base with occurrence of a life-threatening purulent-septic, including intracerebral, complications (cerebral abscess, meningitis, sepsis) were observed. Additional division of cerebral abscess on open and closed forms for optimization of diagnosis of intracranial complications was proposed.

Keywords: osteomyelitis of jaws; narcotic dependence patients; purulent-septic complications; cerebral abscess.

рушення зору, параліч, ознаки менінгіту [4].

Крім інтракраніальних ускладнень, у хворих за наявності гнійно-запальних процесів щелепно-лицевої ділянки, зокрема, остеомієліту щелеп, можливе поширення процесу на суміжні кістки середньої зони обличчя і основи черепа (крило та крилоподібні відростки клиноподібної кістки). Ураження кісток основи черепа збільшує ризик виникнення інтракраніальних ускладнень, погіршує прогноз життя хворого. Під час лікування пацієнтів з приводу остеомієліту щелеп на тлі наркотичної залежності встановлено, що клінічний перебіг абсцесу мозку має

суттєві відмінності, а лікування таких хворих з приводу внутрішньомозкових ускладнень потребує участі щелепно-лицевого хірурга та нейрохірурга.

МАТЕРІАЛИ І МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ

У період з 2011 до 2016 р. з приводу остеомієліту щелеп на тлі наркотичної залежності у клініці лікували 86 пацієнтів, з них 80% чоловіки, 20% — жінки, працездатного віку (до 35 років) — 70%. У 52 (60,5%) пацієнтів запальний процес локалізувався у нижній щелепі, поєднане ураження обох щелеп спостерігали у 26 (30,2%) хворих, кісток середньої



Рис. 1.
КТ.

Хронічний остеомієліт середньої зони обличчя на тлі наркотичної залежності з поширенням на кістки основи черепа, абсцес мозку (вказано стрілкою).

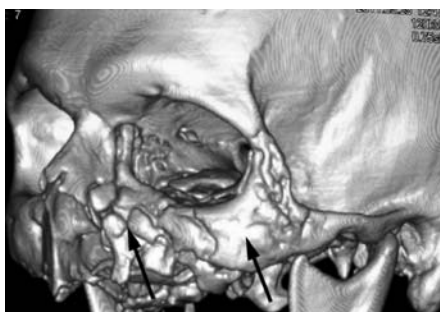


Рис. 2.
КТ 3D.

Деструкція кісток середньої зони обличчя (вказано стрілками).

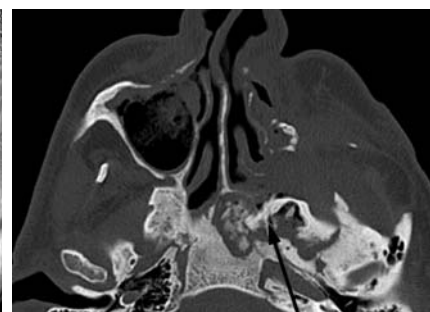


Рис. 3.
КТ.

Деструкція трикутної кістки (вказано стрілкою).

зони обличчя (верхня щелепа, вилицева кістка, кістки носу) — у 8 (9,3%).

Хворим проведено комплексне обстеження, що включало клінічне (оцінка динаміки клінічних симптомів), лабораторне (загальний аналіз крові, коагулограма, біохімічне дослідження), мікробіологічне (бактеріограма виділень з норицевих ходів, визначення чутливості мікрофлори до антибіотиків), рентгенологічне (ортопантомограма, КТ 3D), імунологічне (імунограма), гістологічне дослідження.

За даними анамнезу, у 55 (63,9%) пацієнтів виявлені супутні захворювання: гепатит С — у 54,5%, гепатит В — у 25,5%, поєднання гепатиту В і С — у 20%; виразка дванадцятипалої кишки та шлунка — у 7%, пневмонія — у 3%, бронхіт — у 3%, бактеріальний ендокардит — в 1%. Апендектомія раніше виконана у 12% хворих, остеосинтез з приводу травматичного перелому кінцівок — у 6%, урологічні операції — у 4%.

Вживання алкоголю, куріння та застосування наркотичних засобів ("вінт") підтверджене в усіх хворих. Тривалість використання наркотичних препаратів до 5 років у 73% хворих, остеомієліту понад 12 міс — у 50%.

РЕЗУЛЬТАТИ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

У 17 (19,8%) хворих, незважаючи на проведення комплексу лікування з застосуванням антибактеріальної, дезінтоксикаційної, протизапаль-

ної, імунокоригувальної терапії та виконанням об'ємних сануючих втручань (секвестрэктомія, секвестрнекрэктомія, некрэктомія, резекція щелеп), виникли септичні ускладнення: абсцес мозку — у 8 (9,3%) хворих, менінгіт. Наводимо клінічне спостереження хронічного остеомієліту кісток середньої зони обличчя з поширенням на кістки основи черепа (крило та крилоподібний відросток трикутної кістки) та виникненням абсцесу мозку.

Хворий Ш., 43 років, вперше звернувся до щелепно-лицевого відділення № 2 Київської міської клінічної лікарні № 12 у лютому 2011 р. зі скаргами на оголення стінок верхньощелепних пазух, відсутність зубів на верхній щелепі, постійне виділення гною з верхньої щелепи, неприємний запах з рота, головний біль. За даними анамнезу, застосовував наркотичні речовини протягом 5 років, проте, 3 роки тому припинив їх вживати. Проведені клінічні та рентгенологічні дослідження (КТ 3D), консультація нейрохірурга, встановлений діагноз: хронічний остеомієліт кісток середньої зони обличчя (верхньої щелепи, лівої вилицевої кістки), лівого крила та крилоподібного відростка трикутної кістки, абсцес мозку на тлі наркотичної залежності (рис. 1, 2). Незважаючи на загрозовий для життя стан, пацієнт відмовився від оперативного втручання, що передбачало розкриття абсцесу та видалення секвестру, сформованого у

кістках основи черепа. Тому, першим етапом хірургічного лікування було здійснено секвестрэктомію верхньої щелепи та лівої вилицевої кістки; призначений курс лікування: антибактеріальна терапія з використанням препарату далацин, що має високу тропність до кісткової тканини, а також ефективний при анаеробній інфекції (600 мг двічі на добу внутрішньом'язово протягом 7 діб); дезінтоксикаційна та імунокоригувальна терапія (біолейкін 500 тис. МО у 2 мл ізотонічного розчину натрію хлориду підшкірно в 3 точки 1 раз в 3 доби протягом 15 діб). Стан пацієнта значно покращився, виписаний з клініки, проте, дефект залишився.

У подальшому протягом 4 років пацієнт тричі звертався і був госпіталізований у клініку з приводу загострення остеомієліту крила трикутної кістки. Щоразу розкривали абсцеси м'яких тканин у вилицевій ділянці.

У жовтні 2015 р. пацієнт звернувся до нейрохірургічного відділення Олександрівської лікарні зі скаргами на наявність нориці у ділянці латерального краю очної ямки, головний біль. За даними клінічних та рентгенологічних досліджень (КТ 3D) діагностований абсцес мозку, остеомієліт лівого крила та крилоподібного відростка трикутної кістки (рис. 3). Перед операцією проведено антибактеріальну терапію (меронем внутрішньовенно по 1 г двічі на добу протягом 10 діб), що

дозволило дрениувати абсцес мозку та зменшити виділення гною з нориці. У подальшому виконане оперативне втручання в умовах нейрохірургічного відділення за участі нейрохірурга і щелепно—лицевого хірурга з попереднім ретельним плануванням, зважаючи на близьке розташування судин, нервів, можливої перфорації твердої оболонки головного мозку та поєднання з порожниною черепа.

У програмі "Симплант" попередньо побудовано форму та об'єм секвестру. Під час операції здійснена секвестректомія в ділянці лівого крила та крилоподібного відростка клиноподібної кістки. Для достатнього доступу до зони втручання використаний комбінований доступ: позаротовий (по лінії прикріплення скроневого м'яза) та внутрішньоротовий (вздовж ділянки локалізації секвестру в ділянці лівого крилоподібного відростка). Після відшарування м'яких тканин від скроневої кістки та припинення кровотечі розширене кісткове ложе навколо секвестру — крила клиноподібної кістки. Точкові перфорації твердої оболонки головного мозку закриті медичним воском. З огляду на значні розміри і неправильну форму секвестру, його видалення одним блоком було небезпечним у зв'язку з загрозою виникнення масивної кровотечі з магістральних судин та значного розриву твердої оболонки головного мозку. Тому секвестр попередньо розділений на декілька частин (поза— та внутрішньоротових) і видалений. Утворена порожнина заповнена тампоном з йодоформом. Рана м'яких тканин в скроневої ділянці поширено зашита. Після операції призначений курс антибактеріальної терапії: далацин 600 мг внутрішньом'язово двічі на добу протягом 7 діб, грандазол внутрішньовенно 200 мл 1 раз на добу (1000 мг орнідазолу, 500 мг левофлоксацину) протягом 7 діб. Ускладнень не було. Пацієнт виписаний з значним поліпшенням.

Отже, власні спостереження підтверджують дані інших науковців, що внутрішньомозкові ускладнення при запальних процесах щелепно—

лицевої ділянки вкрай тяжкі й небезпечні для життя [5]. Тому необхідно проводити ранню діагностику в усіх пацієнтів при хронічному остеомієліті на тлі тривалого токсичного впливу наркотичних препаратів, що пригнічують імунну систему [6]. Слід наголосити, що виникнення внутрішньомозкових ускладнень запальних процесів щелепно—лицевої ділянки зумовлене анатомо—фізіологічними особливостями судинної системи голови та напрямком кровотоку в ній: у нормі фізіологічний кровоток спрямований з порожнини черепа, проте, він також можливий в обох напрямках, оскільки вени не мають клапанів. При запальних процесах на обличчі венозна кров (з збудниками, токсинами, можливими тромбами) потрапляє в порожнину черепа [7]. Існують три шляхи проникнення інфекції з обличчя в порожнину черепа: від тканин середньої зони обличчя через лицево, потім кутову вену, що анастомозує з венами очної ямки, які мають прямий зв'язок з печеристою пазухою, твердою оболонкою головного мозку; крилоподібне венозне сплетення анастомозує з венами очної ямки і через них та безпосередньо — з печеристою пазухою; контактне проникнення інфекції через соскоподібний відросток, вени диплоє, оболонки головного мозку, поперечну, поздовжню і сигмоподібну пазухи, що більш характерне для отогенних ускладнень [7].

Слід наголосити, що у хворих при остеомієліті щелеп можливе поширення процесу на суміжні кістки середньої зони обличчя, а далі — на кістки основи черепа (крило та крилоподібні відростки клиноподібної кістки). Ураження кісток основи черепа збільшує ризик виникнення інтракраніальних ускладнень та погіршує прогноз життя хворого. [6]. Внутрішньочерепні ускладнення (абсцес мозку, менінгіт) стали причиною смерті 12 (5,5%) хворих, незважаючи на надання медичної допомоги у повному обсязі, лише у 2 пацієнтів стан був стабілізований [6].

Для оптимізації діагностики інтракраніальних ускладнень пропонуємо додаткову градацію абсцесів

мозку на відкриту та закрити форми. Основна відмінність відкритої форми в тому, що відбувається наскрізне руйнування тканини кісток основи черепа, анатомічно зв'язаних з кістками середньої зони обличчя, з відтоком гнійного екссудату. Відкрита форма сприяє формуванню інкапсульованого абсцесу і стримує його агресивний перебіг та збільшення об'єму в порожнині черепа. За такої форми потужна антибактеріальна терапія забезпечує більш активний вихід екссудату з порожнини абсцесу через норицю, як це відбувалося у наведеному клінічному спостереженні. Крім того, за відкритої форми абсцесу мозку поширення абсцесу дещо обмежене. Таким хворим необхідно проводити КТ зони ураження для виявлення сполучення порожнини абсцесу з навколишнім середовищем, порожниною рота. При закритій формі абсцесу мозку у наркозалежних пацієнтів клінічні особливості перебігу захворювання не спостерігали.

Аналіз власного досвіду лікування пацієнтів з приводу хронічного остеомієліту щелеп на тлі наркотичної залежності свідчить про складність і непередбачуваність клінічного перебігу захворювання. Зокрема, остеомієліт кісток середньої зони обличчя у наркозалежних пацієнтів може супроводжуватися виникненням гнійно—септичних ускладнень — остеомієліту кісток основи черепа та абсцесу мозку. Такі ускладнення або спричиняють смерть хворого, або можливе тривале існування абсцесу мозку за його інкапсуляції, як це спостерігали в обстеженого хворого. На підставі аналізу клінічних спостережень і даних КТ пацієнтів з інтракраніальними ускладненнями виділені дві форми абсцесу мозку — відкрита і закрити.

Складність діагностики й лікування інтракраніальних ускладнень у хворих з приводу ураження кісток основи черепа та щелепно—лицевої ділянки зумовлює необхідність виконання хірургічного втручання за спільної участі спеціалістів — щелепно—лицевого хірурга та нейрохірурга.

ЛІТЕРАТУРА

1. Клінічні особливості остеомієліту щелеп у хворих з наркотичною залежністю / В. О. Маланчук, А. В. Копчак, І. С. Бродецький // Укр. мед. часопис. — 2007. — № 4. — С. 111 — 117.
2. Козлов В. А. Неотложная стационарная стоматологическая помощь / В. А. Козлов. — Л.: Медицина, 1988. — 299 с.
3. Отогенные и риногенные абсцессы мозга у детей / Ю. А. Орлова, О. Сарmento // Вест. оториноларингологии. — 1990. — № 4. — С. 27 — 30.
4. Протас Р. Н. Клиника, диагностика и лечение абсцессов головного мозга / Р. Н. Протас // Мед. новости. — 2000. — № 1. — С. 34 — 37.
5. Губин М. А. Диагностика и лечение острых прогрессирующих воспалительных заболеваний челюстно—лицевой области и шеи и их осложнений: автореф. дис. ... канд. мед. наук.: спец. 14.01.22 — стоматология / М. А. Губин. — М., 1987. — 21 с.
6. Маланчук В. А. Остеомиелит челюстей у больных на фоне наркотической зависимости / В. А. Маланчук, О. М. Москаленко — К., 2013. — 268 с.
7. Маланчук В. О. Хірургічна стоматологія та щелепно—лицева хірургія / В. О. Маланчук. — К.: Логос, 2011. — Т. 1. — 672 с.

**Адміністрація
ДУ "Інститут загальної та невідкладної хірургії імені В. Т. Зайцева" НАМН України
повідомляє,
що з січня 2017 р. починаються курси інформації та стажування
за фаховими дисциплінами:**

Хірургічні та консервативні методи лікування політравми та шоку
Хірургічні та консервативні методи лікування гострої шлунково-кишкової кровотечі
Хірургічні та консервативні методи лікування гострих захворювань легень та плеври
Хірургічне лікування пухлинних утворень органів середостіння
Хірургічне лікування захворювань стравоходу та інших органів травного каналу
Патологія магістральних судин
Хірургічні методи лікування вад серця та ішемічної хвороби серця
Хірургічні та консервативні методи лікування гнійних захворювань та післяопераційних ускладнень
Хірургічні та консервативні методи лікування опіків та відморожень
Рентгеноендовакулярна хірургія
Ультразвукова діагностика патології серця, магістральних судин, органів черевної порожнини
Діагностика та лікування складних порушень ритму серця
Ендоскопічні дослідження та лікувальні технології
Лабораторні методи дослідження в хірургії

Заняття з відповідних дисциплін розпочинаються у міру комплектації груп з 3 січня по 10 липня 2017 р. (45 днів відпустки) і продовжуються з 25 серпня по 30 грудня 2017 р.

Програми занять на курсах та методика їх проведення передбачають поглиблення знань з хірургії з чіткою орієнтацією на вимоги наказу МОЗ України № 484 від 07.07.09 р.

На практичних та семінарських заняттях лікарі-курсанти під керівництвом провідних фахівців опановують навички роботи з хворими обраного профілю, їх обстеження й лікування із застосуванням авторських методик. Інститут є науково-дослідною установою, займається розробкою і впровадженням сучасних методів в хірургії. Викладачі курсів забезпечать всі умови для того, щоб слухачі отримали глибокі, міцні та ґрунтовні знання. По закінченні курсів слухачі отримують сертифікат за формою МОЗ України.

Для зарахування на курси необхідно подати такі документи:

1. Заяву про зарахування на курси
2. Паспорт
3. Ксерокопію диплому про закінчення медичного ВНЗ, завірену печаткою у відділі кадрів
4. Ксерокопію трудової книжки

Контактна інформація

Адреса: 61018, Україна, м. Харків, вул. Балакірева, 1-А.

ДУ "Інститут загальної та невідкладної хірургії
ім. В.Т. Зайцева" НАМН України.

Відділ комплексного програмування розвитку невідкладної хірургії
та захисту інтелектуальної власності.

Телефони: +38 (057) 349-41-39, +38 (057) 349-41-05. E-mail: orgmo@ukr.net