

IV Международный Медицинский форум Донбасса «Наука побеждает
болезнь»

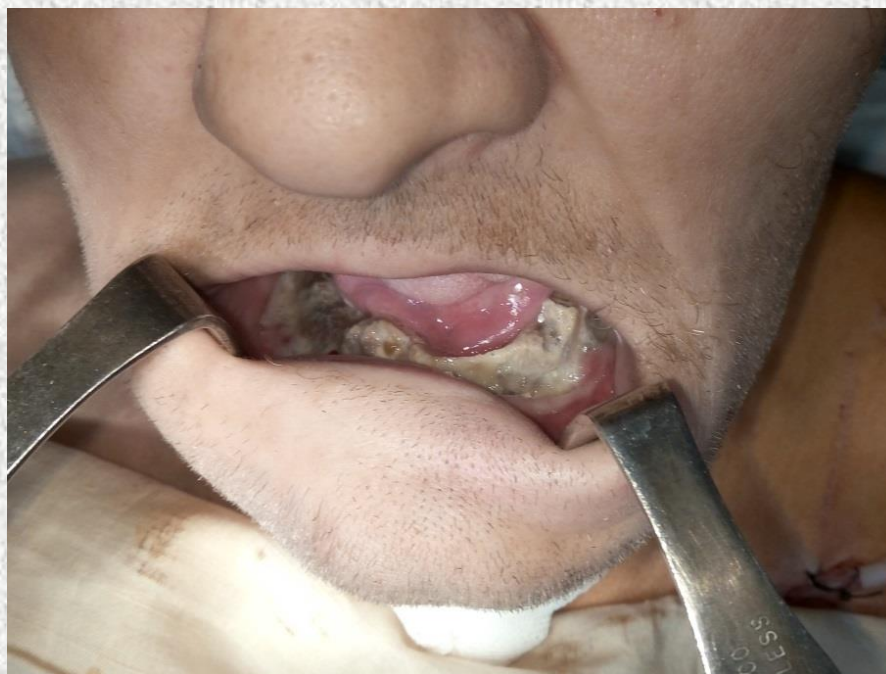
11-12 ноября. Донецк - 2021

Результаты хирургического лечения пациентов с токсическим остеомиелитом нижней челюсти

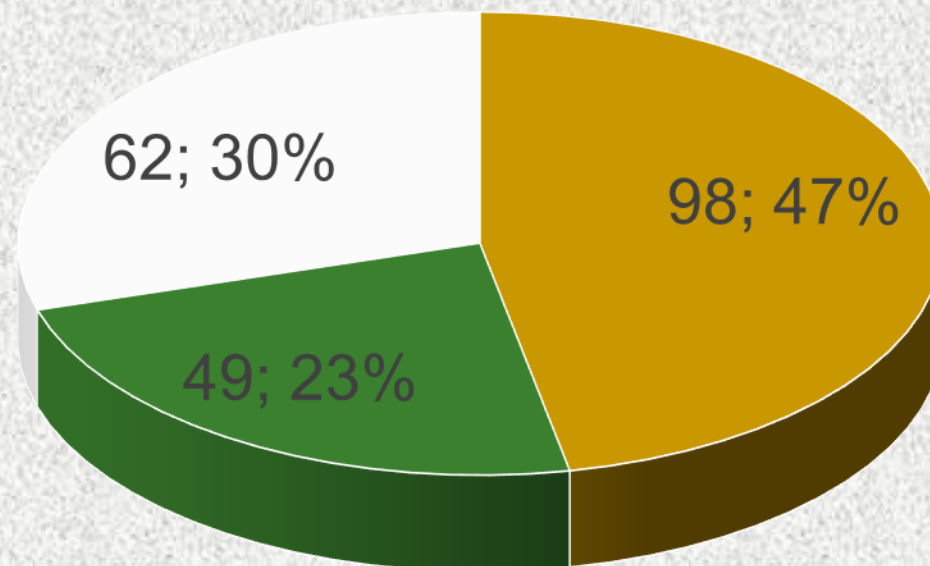
Докладчик: к.мед.н. доцент Павленко М.Ю.
д.мед.н., профессор Чайковская И.В.
к.мед.н., доцент Шелякова И.П.

ТОКСИЧЕСКИЙ ОСТЕОМИЕЛИТ:

Заболевание, которое возникает из-за регулярного потребления наркотических препаратов, содержащих дезоморфин.



РАСПРЕДЕЛЕНИЕ ПО ГРУППАМ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ЛОКАЛИЗАЦИИ ПОРАЖЕНИЯ



- Группа 1 Нижняя челюсть
- Группа 2 Средняя зона лицевого скелета
- Группа 3 Комбинированное поражение

Распределение пациентов в зависимости от локализации поражения нижней челюсти

№.п.	Локализация поражения	Количество пациентов	Процентное соотношение
		n	P±m, %
1	Поражение альвеолярного отростка в пределах лунок 1–3 зубов;	18	14,3±3,5
2	Поражение нижней челюсти на всю его толщину	44	36,7±4,9 6,1±2,4
3	Поражение нижней челюсти с переходом на ветвь и суставные отростки	28	22,4±4,2
4	Тотальное поражение всей нижней челюсти, включая ветви и отростки	6	6,1±2,4
5	Всего	98	100,0

*Частичная резекция
альвеолярного отростка
нижней челюсти*



*Сегментарная
резекция тела нижней
челюсти.*

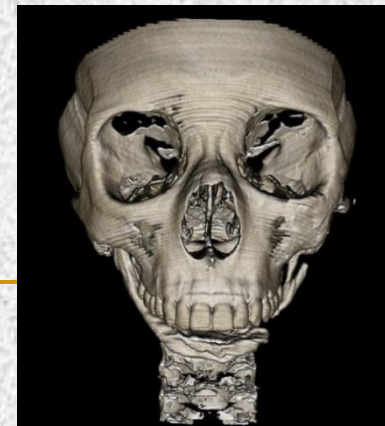


ТИПЫ ОПЕРАТИВНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ НА НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ

*Половинная резекция
тела нижней
челюсти.*



*Тотальная
резекция нижней
челюсти.*



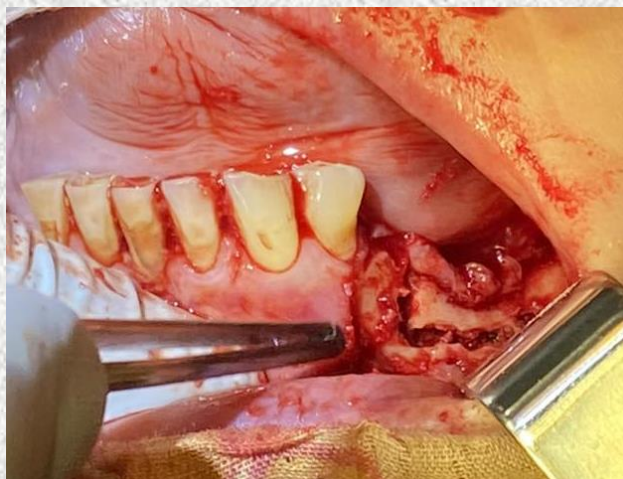
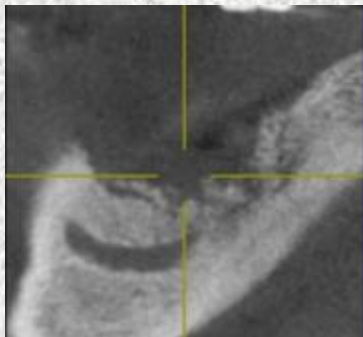
Частичная резекция альвеолярного отростка нижней челюсти

Показанием для такого оперативного вмешательства являются для боковых сегментов нижней челюсти это отсутствие онемения (симптома Венсана), отсутствие рентгенологических признаков облитерации нижнечелюстного канала.

При частичной резекции альвеолярного отростка в ментальном отделе от 45 до 35 зуба - это наличие четкой демаркационной линии и наличие кровотечения из костных трабекул.

Способ осуществляется следующим способом, производится трапецевидный разрез в области слизистой альвеолярного отростка тела нижней челюсти. При помощи бормашины и костных кусачек удаляется фрагмент костной ткани, костные края сглаживаются, слизистая оболочка ушивается наглухо «п» образными швами и сверху узловыми в два слоя.

КЛИНИЧЕСКИЙ ПРИМЕР



Этап операции, резекция
удаленного фрагмента
альвеолярного отростка



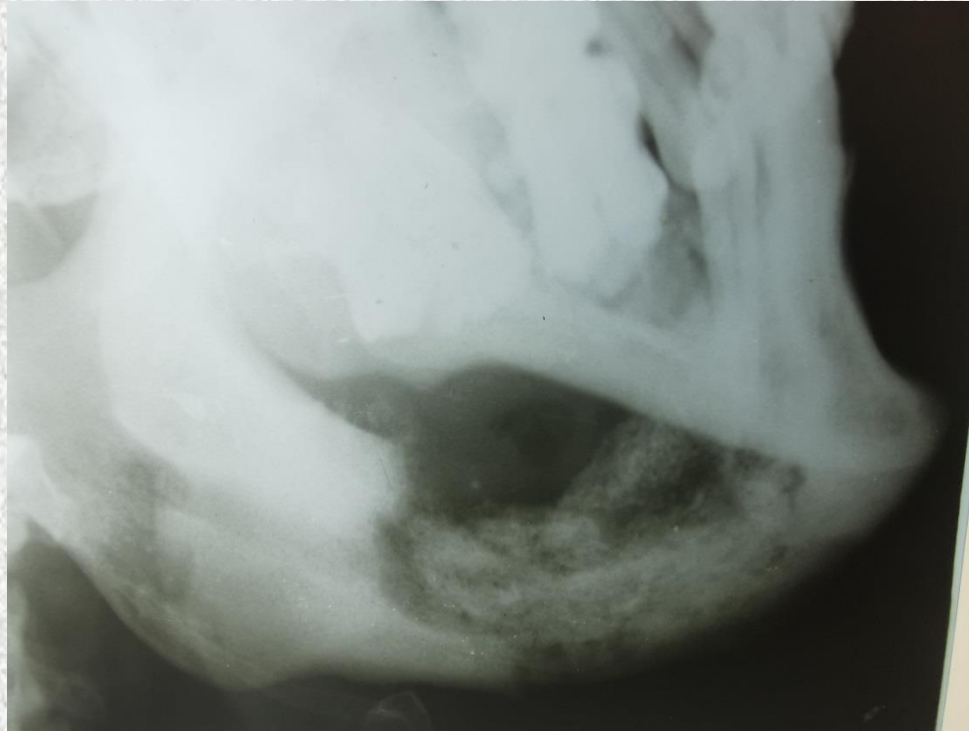
Состояние после резекции
альвеолярного отростка

Сегментарная резекция нижней челюсти

Показанием для оперативного вмешательства являются для боковых сегментов наличие онемения (симптома Венсана), наличие рентгенологических признаков облитерации нижнечелюстного канала, наличие очагов деструкции и остеосклероза, наличие в полости рта участка оголенной некротизированной ткани.

Техника операции. Производится разрез в подчелюстной области до З,0, делается тоннель к телу нижней челюсти. На слизистой оболочке производится удаление зуба, или в случае, если зуб удален бором, оставляется пропил. На месте производится трапециевидный разрез слизистой оболочки переходной складки с продлением на месте поражения. Устанавливаются пластинчатые крючки. При помощи пилы джи ли перепиливание ветви или тела нижней челюсти. В области угла челюсти формируется тоннель в толще мягких тканей. В тоннель вводится пила джи ли, далее подобным образом перепиливается второй фрагмент челюсти.

КЛИНИЧЕСКИЙ ПРИМЕР



КЛИНИЧЕСКИЙ ПРИМЕР



Создание дистального тоннеля
мягких тканей



Этап операции перепиливание фрагмента
нижней челюсти в области тела



Создание
медиального тоннеля
мягких тканей



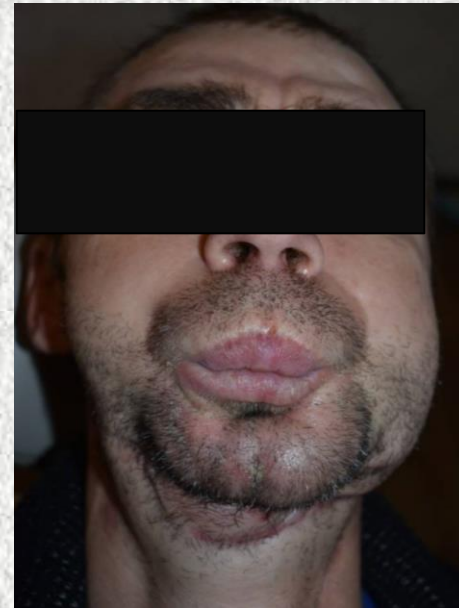
Удаленный фрагмент тела
нижней челюсти

Половинная резекция тела нижней челюсти с экзартикуляцией суставной головки из сустава.

Показанием для такого оперативного вмешательства являются участки деструкции в области ветви с переходом на суставной отростках, для боковых сегментов наличие онемения (симптома Венсана), наличие рентгенологических признаков облитерации нижнечелюстного канала, рентгенологическая граница отслоения надкостницы.

Техника операции: Производится внутриротовой разрез в области альвеолярного отростка посередине, а при наличии зубов в области шеек от начала поражения в области тела или ментального отдела. Разрез продлевается до крылочелюстной складки. Распатором отслаивается медиально-крыловидная и жевательная мышца от угла челюсти и ветви. При помощи костных зажимов ветвь челюсти оттягивается книзу. Тем самым создается доступ к латеральной крыловидной мышце, которая так же отслаивается распатором. Фрагмент нижней челюсти вывихивается из суставной головки, рассекаются суставные связки. Слизистая оболочка ушивается наглухо, послойно, вначале сшиваются культы височной и медиально-крыловидной мышцы между собой, далее надкостница наружная и внутренняя, затем слизистая оболочка ,в полсть на месту удаленного фрагмента устанавливается резино-марлевый дренаж на 2-3 суток.

КЛИНИЧЕСКИЙ ПРИМЕР

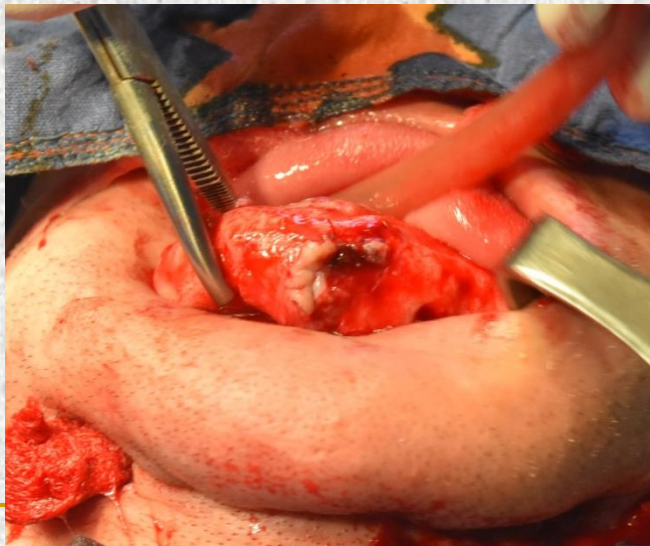
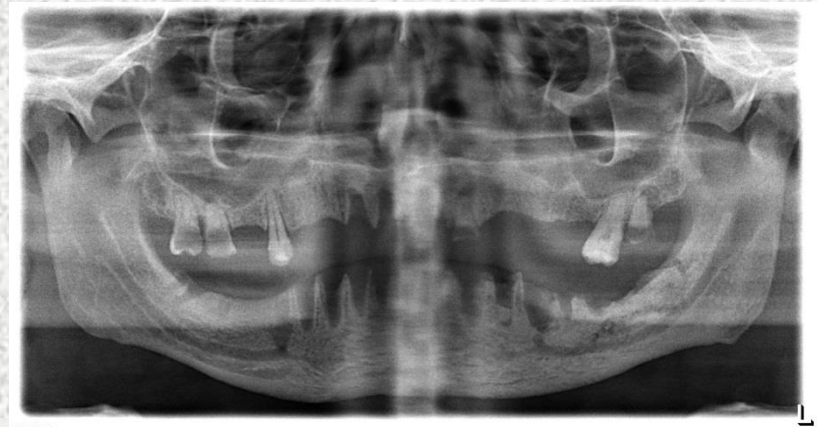


ТОТАЛЬНАЯ РЕЗЕКЦИЯ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ

Показанием для такого оперативного вмешательства являются участки деструкции в области обеих суставных отростков с распространением процесса на все тело ветвь и суставные отростки с двух сторон, наличие в полости рта участка оголенной некротизированной ткани.

Техника операции. Перед проведением данного оперативного вмешательства необходимо наложение трахеостомы ввиду прогнозируемой потери каркасности и развития дислокационной асфиксии в послеоперационном периоде. Для удаления челюсти необходимо распилить фрагменты по центральной линии и удалять каждый фрагмент по отдельности по методике описанной при половинной резекции нижней челюсти.

КЛИНИЧЕСКИЙ ПРИМЕР



Зависимость количество рецидивов заболевания от локализации процесса на нижней челюсти



СТРУКТУРА ДЕФЕКТОВ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ

	Описание	Количество	%
I	Угол нижней челюсти	21	8,5±1,8
Ic	Угол нижней челюсти +суставной отросток	35	14,2±2,2
II	Дефект тела челюсти с клыком на той же стороне	18	7,3±1,7
IIc	Дефект тела челюсти с клыком на той же стороне+суставной отросток	72	29,1±2,9
III	Передний отдел с обоими клыками	10	4,0±1,3
IV	Тело челюсти с клыками и углами с обеих сторон	14	5,7±1,5
IV c	Тело челюсти с клыками и углами с обеих сторон+суставной отросток	53	21,5±2,6
V	Тотальная резекция нижней челюсти	24	9,7±1,9
Всего		247	100

ВЫВОДЫ

1. Оперативные вмешательства у пациентов с хроническим токсическим остеомиелитом костей лицевого скелета приводят к образованию различных послеоперационных дефектов
2. Послеоперационные дефекты нижней челюсти приводят к морфологическими, функциональными и эстетическими нарушениям.
3. Основной проблемой пациентов с токсическим остеомиелитом нижней челюсти это это радикальность оперативного вмешательства, согласно статистики (63% пациентов которым производилась частичная резекция нижней челюсти повторно обращались в стационар.)
4. Разработанные атравматичные методы резекции тела ветви и суставного отростка нижней челюсти позволяют добиться оптимальных сроков заживления и уменьшению количества рецидивов заболевания.