

Субтотальные некрозы верхней челюсти, как осложнения COVID-19.

зав.1 ЧЛХО ЦГКБ№1
к.мед.н.Никаноров Ю.А.

Донецк
2021

COVID-19 (аббревиатура от англ. COronaVIrus Disease 2019 — коронавирусная инфекция 2019 года, рус. Ковид ранее коронавирусная инфекция 2019-nCoV (от временного названия вируса в начале пандемии) — потенциально тяжёлая острая респираторная инфекция, вызываемая коронавирусом SARS-CoV-2 (2019-nCoV). Представляет собой опасное заболевание, которое может протекать как в форме острой респираторной вирусной инфекции лёгкого течения, так и в тяжёлой форме

Вирус способен поражать различные органы через прямое инфицирование или посредством иммунного ответа организма. Наиболее частым осложнением заболевания является вирусная пневмония, способная приводить к острому респираторному дистресс-синдрому и последующей острой дыхательной недостаточности, при которых чаще всего необходимы кислородная терапия и респираторная поддержка. В число осложнений входят полиорганная недостаточность, септический шок и венозная тромбоэмболия

Тяжёлые формы болезни с большей вероятностью могут развиваться у пожилых людей и у людей с определёнными сопутствующими заболеваниями, включающими астму, диабет и сердечные заболевания*.

- Рекомендации ВОЗ для населения в связи с распространением нового коронавируса (2019-nCoV): мифы и ложные представления

<https://www.who.int/ru/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/advice-for-public/myth-busters>

В клинику челюстно лицевой хирургии ЦГКБ№1 г.Донецка, с 2020 стали обращаться пациенты с нетипичными формами остеомиелитов челюстей, характеризующиеся:

- схожими анамнестическими данными (перенесенный ковид)
- поражением только верхней челюсти (или средней зоны лицевого черепа)
- наличием очагов поражения (согласно данным КТ) и мозгового отдела черепа
- преимущественно тотальными поражениями

Клиническое наблюдение. Пациент К., 71 лет

Находился на стационарном лечении в стоматологическом отделении №1 с 07.06.2021 по 25.08.2021

Диагноз: Хронический остеомиелит верхней челюсти, остеонекроз.

Осл: нет

Соп: Постковидный синдром с ликворной гипертензией. ХИБС, атеросклеротический кардиосклероз. Гипертоническая болезнь 2ст, вторичная полицитэмеия. Панкреатит отёчная форма в ст ремиссии. язвенная болезнь желудка в ст ремиссии. Псориаз в ст. ремиссии.

Поступил в клинику с **жалобами:** на боли и подвижность зубов верхней челюсти. Оголение альвеолярного отростка верхней челюсти в области удалённых 25,26 зубов. общую слабость, сухость во рту.

Анамнез заболевания: Переведен в ЧЛХО №1 из ОИТ ГБУ ГБ №2 г. Енакиево, где находился на лечении с 25.04.2021 по 07.06.2021 с диагнозом: ОСН: Коронавирусная инфекция, вызв COVIDтяжёлое течение. Постковидный синдром с ликворной гипертензией. ОСЛ: двухсторонняя полисегментарная пневмония, ДН2. Выраженный интоксикационный синдром. СОП: остеомиелит верхней челюсти с секвестрацией. ХИБС, атеросклеротический кардиосклероз. Гипертоническая болезнь 2ст, вторичная полицитэмеия. Панкреатит отёчная форма в ст ремиссии. язвенная болезнь желудка в ст ремиссии. Псориаз в ст. ремиссии. Со слов больного в конце мая появились боли в зубах верхней челюсти, их подвижность. 03.06 стоматологом произведено удаление 25, 26 зубов, после чего появилось оголение альвеолярного отростка.

Операции:

11.06.2021 – некрэктомия, компактостеотомия, под наркозом
ПГИ № 2619-20 в препарате кость участками некроза. №2621- в материале фрагменты соединительной ткани, высланной многослойным плоским эпителием с диффузной воспалительной инфильтрацией в субэпителиальных отделах.

02.07.2021 – субтотальная резекция верхней челюсти, под наркозом.

ПГИ №2961-64 в материале фрагменты некротизированной костной ткани, очагами разрастания грануляционной ткани на разных этапах созревания с выраженной воспалительной инфильтрацией.

22.07.2021 реконструкция резецированной верхней челюсти индивидуальным полимерным имплантатом из РЕЕК (полиэфиркетона), под наркозом.

06.08.2021 в связи с развившимися некротическим процессом слизистой оболочки принято решение о целесообразности удаления имплантата. – выполнена операция удаление имплантата под наркозом.

Больной осмотрен стоматологом ортопедом по сложному протезированию – изготовлен ПСПП (полный съёмный пластинчатый протез) на верхнюю челюсть.

Послеоперационный период протекал без особенностей. На момент выписки, состояние удовлетворительное. Лицо симметрично. П/о рана эпителизируется.

Лечение: кларитромицин, цефотаксим, цефепим, мерпоенем, гепарин, натрия хлорид, кеторолак, кетопрофен. перевязки п/о раны, асс. Обработка полости рта. Прошёл курс ГБО терапии №10.

Обследован:

Ан. крови НВ–130, Э 3.9тл, Цв-1, Лейк 4.7Г/л: Тр- 222Г/л, СОЭ 23мм/ч; п-2, э-1, с-66, л27,м4%

Биохим. Анализ крови: общий белок-66, мочевины 3.31 ммоль/л, креатинин 0.089 ммоль/л, глюкоза 4.0, билирубин –11.1 не прямой, АСТ-0.34ммоль/л, АСТ 0.53 ммоль

РВ РМК от09.06.2021 №14отр

Бак посев мазка из раны: патогенной и условно патогенной флоры не обнаружено.

Пациент К., удаленный фрагмент некроза в области 26,27 зубов. Визуализируется серая кость, зияют лунки зубов.



Пациент К., Компьютерная модель полученная из данных сКТ. Линией указана зона секвестрации альвеолярного отростка верхней челюсти с краем грушевидного отверстия, лицевых стенок гайморовых пазух



Пациент К., удаленная верхняя челюсть с 17 зубом.
Визуализируется выраженный, тотальный некроз.



Пациент К., Вид послеоперационной раны слизистой альвеолярного отростка, после наложения швов.



Пациент К., напечатанные на 3-д принтере модели удаленного фрагмента верхней челюсти, визуализируется альвеолярный и небный отростки



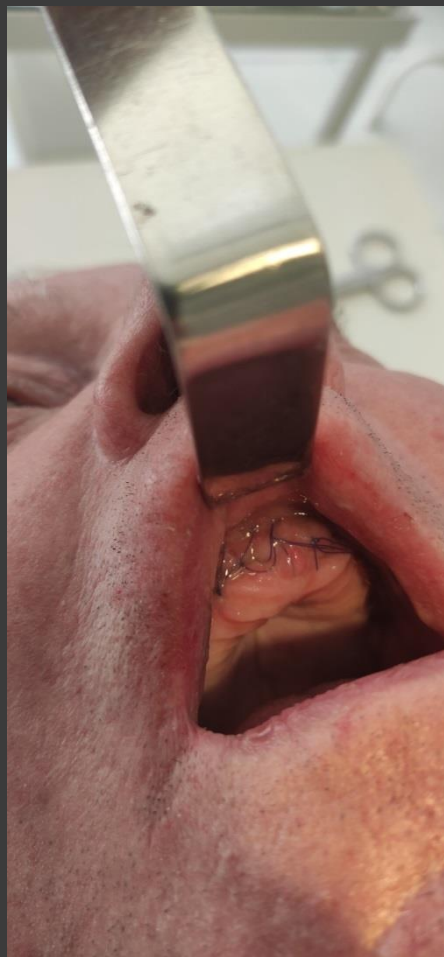
Пациент К., напечатанные на 3-д принтере прототипы индивидуальных имплантатов из PLA, и совмещенный с моделью черепа имплантат из PEEK



Пациент К., Изготовленная на 3-д принтере модель черепа и индивидуального имплантата, для замещения остеомиелитического дефекта.



Пациент К., Вид раны слизистой после установки имплантата. Швы викриллом.



Выводы:

1. осложнения covid-19 связанные с повреждением сосудистой стенки и развитием микротромбозов приводят к формированию остеомиелитических очагов в челюстно-лицевой области
2. из всех наблюдений отмечено поражение только верхней челюсти и средней зоны лица
3. поражения протекают по типу субтотальных и тотальных поражений с необходимостью выполнения резекций
4. пластическое замещение дефектов представляет сложности на данном этапе развития научной мысли, так как воспринимающее ложе скомпрометировано перенесенным воспалительным процессом, а отсрочка в проведении вмеіательства - приводит к атрофии, рубцеванию, стриктурам - мягких тканей и невозможности установки субмукозальных имплантатов в более поздние сроки.
5. Вышеизложенное требует дальнейшего научного поиска

Благодарю за внимание!