

## БЛИЖАЙШИЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ ТРАВМАТИЧЕСКИМ ОСТЕОМИЕЛИТОМ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ

*А.С. Кулназаров*

---

Проанализированы ближайшие результаты лечения больных с хроническим травматическим остеомиелитом нижней челюсти

*Ключевые слова:* остеомиелит; переломы нижней челюсти; хирургия.

В последние годы число механических повреждений мягких тканей и костей лица постоянно увеличивается и составляет от 6 до 16,4% в структуре общего травматизма [3,4,8]. Пострадавшие с переломами костей лица составляют от 3 до 8% всех больных с переломами и

до 30% больных челюстно-лицевых отделений [1,2,6].

Среди повреждений костей лица на переломы нижней челюсти приходится 70–85% [5,9]. Наиболее частым и серьезным осложнением перелома нижней челюсти (ПНЧ) местного ха-

рактера является хронический травматический остеомиелит нижней челюсти (ХТОНЧ). По данным различных авторов, частота его достигает 2,3–30% [4,6,7]. Такой большой разброс данных объясняется тем, что если одни клиницисты все воспалительные осложнения в зоне ПНЧ считают травматическим остеомиелитом, то другие – только те заболевания, при которых воспалительные процессы развиваются в костной ткани.

Под травматическим остеомиелитом нижней челюсти понимают гнойно-некротический процесс в зоне повреждения челюсти, сопровождающийся некрозом кости с образованием секвестров и регенерацией костной ткани. Хронический остеомиелит является патологией костной системы, сопровождающийся не только местными патологическими проявлениями, но и изменениями со стороны всего организма.

Неудовлетворительные результаты после операций по поводу остеомиелита констатированы у 13 – 65,7% пациентов [3,4].

Мнения хирургов сходятся в вопросе радикального хирургического воздействия на остеомиелитический очаг, а выбор способа пластики остаточной костной полости остается актуальным и дискутируемым [1,4,5,11]. Множество видов пластик, предлагаемых различными авторами [2,3,4,10], свидетельствуют о том, что нет единой, более совершенной среди них.

В отделении челюстно-лицевой хирургии Национального госпиталя Министерства здравоохранения Кыргызской Республики с 1998 по 2009 год на стационарном лечении находился 171 больной по поводу хронического травматического остеомиелита нижней челюсти.

Среди них было 126 (73,7%) мужчин и 45 (26,3%) женщин. Нами установлено преобладание лиц мужского пола (73,7%), при этом возраст пациентов колеблется от 16 до 75 лет, но в возрасте от 21 до 50 лет было 118 больных (69,0%), то есть наиболее активная в социальном отношении возрастная группа.

Таким образом, травматический остеомиелит чаще всего наблюдался у лиц той возрастной группы, у которых чаще всего происходят и переломы челюсти.

В зависимости от применявшихся методов лечения все обследованные пациенты были распределены на две группы: первая основная (101) и вторая – контрольная (70).

Первую группу (основную) составил 101 больной (59,1%) с хроническим травматическим остеомиелитом нижней челюсти, которым

проводилось хирургическое лечение по усовершенствованной методике с профилактикой рецидивов. У больных этой группы производили секвестрэктомию, хирургическую обработку костной раны. После удаления патологически измененных участков, размеры дефекта костной ткани увеличивались. Таким пациентам производилось заполнение образовавшегося костного дефекта обогащенной тромбоцитами аутоплазмой – остеоиндуктивный материал, представляющий собой аутокань.

Вторую группу (контрольную) составили 70 больных (40,9%), которым проводились традиционные методы лечения. Основными критериями эффективности хирургического лечения больных ХТОНЧ являются сроки заживления раны, частота различных осложнений как в ближайшем, так и в отдаленном послеоперационном периодах.

До настоящего времени основными показателями излечиваемости больных являются средние сроки пребывания больного на койке в стационаре.

При сравнительной оценке непосредственных результатов лечения больных ХТОНЧ, разделенных на две группы в зависимости от оперативного вмешательства, нами были использованы такие критерии, как выраженность и длительность местного болевого синдрома, средние сроки пребывания больных в стационаре и амбулаторного долечивания, анатомический и функциональный результаты, а также длительность реабилитации и число осложнений.

При сравнении динамики послеоперационного периода у пациентов с ХТОНЧ у основной и контрольной групп наблюдались общие тенденции, присущие послеоперационному периоду хирургического лечения. Однако степень выраженности и продолжительность воспалительных явлений была разной. В основной группе болезненность, отек и гиперемия тканей в области вмешательства были незначительными и через 2–3 дня исчезали. В контрольной группе воспалительные явления были гораздо более выраженными и держались на протяжении 4–8 дней. При этом отек зачастую проявлялся внешне асимметрией лица. Другие осложнения послеоперационного периода (повышение температуры тела до 37 – 38°, онемение, гиперестезия кожи в проекции области вмешательства) также значительно чаще наблюдались в контрольной группе. 17 пациентов контрольной группы нуждались в дополнительном назначении общей антибиотикотерапии.

У больных ХТОНЧ основной группы послеоперационный период протекал особенно быстро, снятие швов стало возможным и производилось на 5–7-е сутки.

При оценке продолжительности послеоперационного периода (до момента снятия послеоперационных швов) нами установлено, что среднее пребывание в стационаре больных ХТОНЧ в основной группе на 2 дня меньше, чем в контрольной

Средняя продолжительность стационарного лечения пациентов основной группы составила  $6,1 \pm 0,12$  койко-дней, в то время как в контрольной группе –  $8,1 \pm 0,18$  койко-дней.

Пристальное внимание было уделено течению клинических процессов со стороны области операционных мероприятий. При этом установлено, что с 5 суток после операции в основной группе такие клинические проявления, как болезненность в области послеоперационной раны у 30 больных ( $61,5\% \pm 7,0$ ), отек и припухлость области операционной травмы у 36 ( $75,0\% \pm 6,25$ ) констатированы с достоверно меньшей частотой: соответственно у 33 ( $80,5\% \pm 6,2$ ), 37 ( $90,2\% \pm 4,6$ ), больных в контрольной группе ( $t > 2$ ,  $p < 0,05$ ; различия достоверны). На 10-е и 15-е сутки различия продолжали носить достоверный характер ( $t > 2$ ,  $p < 0,05$ ).

Изученные клинические процессы со стороны области операционных мероприятий не только имели достоверные различия по частоте выявления в соответствующие друг другу сутки. Вычислили вероятность соответствия полученных данных путем определения критерия согласия  $\chi^2$  для оценки достоверности разности результатов исследования в двух группах. При этом для характеристики болезненности в области послеоперационной раны  $\chi^2 = 11,24$ ; для отека и припухлости области операционной травмы  $\chi^2 = 11,24$ .

В раннем послеоперационном периоде отметили развитие осложнений у больных обеих групп исследований. В раннем послеоперационном периоде в обеих сравниваемых группах имелись различные осложнения. Нагноение послеоперационной раны в основной группе было у 2 (1,9%) больных, тогда как такое же осложнение в контрольной группе – у 3 (4,2%) пациентов. Некроз краев раны в контрольной группе наблюдался у 2 (2,8%) больных, гематомы в области послеоперационной раны – у 2 (1,9%) и 3 (4,2%) соответственно в основной и контрольной группах. Диастаз краев раны отмечен

в основной группе у 2 (1,9%) и в контрольной группе у 1 (1,4%) больных.

Таким образом, в основной группе ранние осложнения обнаружены в основной группе у 6 (5,9%), тогда как в контрольной группе – у 9 (12,8%) больных. Эти различия достоверны ( $p > 0,5$ ).

#### Выводы.

1. Радикальной операцией следует считать очищение остеомиелитической полости до появления “кровяной росы” с удалением секвестров, гнойного экссудата, грануляций с последующим пластическим замещением остаточной костной полости аутоплазменной биомембраной.

2. Радикальная секвестрэктомия с пластикой остаточной костной полости аутоплазменной биомембраной позволила уменьшить ранние осложнения по сравнению с традиционной методикой с 12,8% до 5,9%.

#### Литература

1. Акжигитов Г.Н., Юдин Я.Б. Гематогенный остеомиелит. М.: Медицина, 1998. 288 с.
2. Аржанцев З., Иващенко Г.М., Лурье Т.М. Лечение травм лица. М.: Медицина, 1975. 303 с.
3. Балин В.Н., Александров Н.М. Клиническая оперативная челюстно-лицевая хирургия. СПб., 1998. 583 с.
4. Бернадский Ю.И. Травматология и восстановительная хирургия челюстно-лицевой области. Киев: Вища школа, 1985. 391 с.
5. Бояринцев В.С., Коноваленко С.И., Цыбин А.А. Патогенез остеомиелита // Вестник новых медицинских технологий. 2003. №1–2. С. 61–63.
6. Кутин А.А., Мосиенко Н.И. Гематогенный остеомиелит у взрослых. М.: Медицина и жизнь, 2000. 224 с.
7. Тимофеев А.А. Руководство по челюстно-лицевой хирургии и хирургической стоматологии. К., 2004. 445 с.
8. Шаргородский А.Г., Стефанцев Н.М. Повреждения мягких тканей и костей лица. М.: ВУНМЦ, 2000. 240 с.
9. Dzupa V. Recurrent tibial osteomyelitis after the segmental bone transport; a radical interdisciplinary treatment [Text] / V. Dzupa, A. Nejedly, O. Cech // Acta Chir. Orthop. Traumatol. Cech. 2008. Vol. 75, №. 5. P. 387–391.
10. Ilyas A.M. Management of medullary osteomyelitis of the humerus [Text] / A.M. Ilyas, C.S. Mudgal // Tech. Hand. Up. Extrem. Surg. 2008. Vol. 12, №. 3. P. 144–149.