

Опыт применения КоллапАна при лечении больных с челюстно-лицевой патологией.

Оразвалиев Ата Иламанович, к.м.н., доцент, заведующий 2-м отделением челюстно-лицевой хирургии Городской Клинической Больницы Скорой Помощи №36, Лисная Оксана Николаевна, челюстно-лицевой хирург ГКБСП №36, г. Москва.

В лечении больных с воспалительными заболеваниями челюстно-лицевой области (одонтогенными деструктивными процессами околоверхнечелюстной области, кистами челюстей, хроническими одонтогенными и посттравматическими остеомиелитами и т. д.) помимо хирургического лечения и антибактериальной терапии важное значение имеет обеспечение оптимального процесса остеорепарации в зоне повреждения, особенно при наличии дефектов костной ткани. Существует много способов замещения костных дефектов, однако, одни из них не эффективны в инфицированных тканях, другие технически сложны или малодоступны, третьи требуют выполнения неоднократных оперативных вмешательств.

До настоящего времени лечение больных с посттравматическими остеомиелитами челюстей является одной из серьезных проблем челюстно-лицевой хирургии. Часто считается единственно возможным способом фиксации челюстей использование аппаратов внешней фиксации, так как конструкции внутренней фиксации, расположенные непосредственно в зоне очага, могут вызвать рецидив воспалительного процесса. Однако, лечение с использованием аппаратов внешней фиксации длительное, многоэтапное и не всегда эффективное. Это может быть обусловлено не всегда адекватной фиксацией фрагментов челюсти, развитием вторичного инфицирования раны, рубцовыми изменениями кожных покровов. Кроме того, исследования регионарного кровотока в зоне патологического очага показали, что системная антибактериальная терапия часто является недостаточной вследствие нарушения микроциркуляции. В связи с этим наиболее перспективным является использование лекарственных композиций, обеспечивающих длительное антимикробное воздействие непосредственно в области воспалительного очага костной ткани.

Указанные причины побудили нас остановить свой выбор на одном из самых эффективных биокомпозиционных материалов, применяемых в настоящее время для заполнения дефектов костной ткани, гранулах « КоллапАн », выпускаемых фирмой «Интермедапатит».

В нашей работе мы руководствовались результатами экспериментально – морфологического и клинического исследования использования КоллапАна при лечении хронического остеомиелита, проведенного в ЦИТО им.Н.Н. Приорова. Как показали

проведенные исследования, КоллапАн обладает остеокондуктивными и остеоиндуктивными свойствами, а также является биodeградируемой системой пролонгированной доставки антимикробных средств. При этом срок выделения антибиотиков составлял от 18 до 20 суток.

Учитывая данные, полученные при исследовании КоллапАна в ЦИТО им. Н.Н. Приорова, мы провели собственное микробиологическое исследование. В патогенезе развития гнойно-воспалительных заболеваний челюстно-лицевой области большое значение имеет присутствие микрофлоры полости рта, которая, как известно, является смешанной. Нами были подтверждены данные многих авторов о том, что главную роль в развитии процесса определяют не монокультуры, а ассоциации различных видов микроорганизмов. Наиболее часто встречающийся компонент микробной ассоциации – *Bacteroides* (*B. fragilis*, *B. Melaninogenicus*), а наиболее часто встречающаяся микробная ассоциация – *S. aureus*, *B. Fragilis*. Высокая чувствительность анаэробов к метронидазолу и диоксидину сделали приоритетными использование комбинации КоллапАна, выделяющего эти лекарственные средства.

Во 2-ом отделении челюстно-лицевой хирургии ГКБ № 36 в течение 5 лет широко использовали КоллапАн для заполнения дефектов костной ткани, образовавшихся при выполнении резекции верхушки корня у больных с деструктивными верхушечными процессами, кистами челюстей, а также после секвестрэктомии. Предварительно определялась микрофлора и чувствительность к антибиотикам.

КоллапАн был применен при лечении 31 больного с кистами челюстей, при резекции верхушки корня у 34 пациентов, при лечении 22 больных с одонтогенным остеомиелитом и у 59 больных с посттравматическим остеомиелитом челюстей.

При лечении больных с кистами челюстей обязательным условием являлось предварительное тщательное пломбирование корневых каналов зубов, находящихся в зоне кистозного поражения. Проведение разреза планировалось таким образом, чтобы образованный лоскут перекрывал предполагаемый костный дефект. Далее отсепаровывался слизисто-надкостничный лоскут и проводилась остеотрепанация вестибулярной костной стенки кистозного образования. Затем распатором и острой кюретажной ложкой удаляли патологически измененные ткани и оболочку кисты. После обработки костной ткани фрезой при необходимости проводили резекцию верхушек корней зубов выстоящих в кистозную полость. После антисептической обработки и высушивания полость заполняли КоллапАном, после чего лоскут укладывали на место и ушивали наглухо (Рис.1, Рис.2).

Резекция верхушки корня зуба проводилась типичным образом, обра-

щали внимание на то, чтобы линия швов не располагалась над костной полостью, что значительно уменьшает вторичные осложнения. После откидывания слизисто-надкостничного лоскута обнажалась передняя стенка альвеолярного отростка. Затем, после предварительного расширения имеющейся узуры или трепанации кортикальной пластинки при ее отсутствии, проводилось удаление имеющейся гранулемы или кисты, тщательная ревизия периапикальных тканей и выскабливание патологического очага при помощи фрезы или кюретажных ложек.

В случае адекватно запломбированного канала корня зуба резекцию верхушки не проводили, ограничивались тщательным выскабливанием патологического очага. Если резекция проводилась, то завершали операцию выравниванием поверхности культи с окружающей костной тканью. Затем костную полость после антисептической обработки и высушивания плотно заполняли КоллапАном. Лоскут тщательно ушивали наглухо.

Для замещения образовавшихся полостей после секвестрэктомии КоллапАн был использован у 22 больных с одонтогенными остеомиелитами челюстей. Секвестрэктомия проводилась как наружным доступом, так и внутриротовым. Обязательным условием является тщательная изоляция послеоперационной раны от полости рта.

Наиболее сложной группой являлись пациенты с посттравматическими остеомиелитами нижней челюсти. С момента поступления больным проводилась фиксация челюстей назубными шинами и теменно-подбородочными повязками при вторичной адентии. Обязательным являлось удаление зубов, расположенных в зоне очага, мелких костных секвестров и регулярное промывание растворами антисептиков через имеющиеся свищевые ходы. После стабилизации основных показателей проводили оперативное вмешательство на фоне адекватной антибактериальной терапии. В эту группу отбирались больные с дефектом челюсти не более 1 – 1,5 см. В процессе оперативного вмешательства тщательно удалялись секвестры, патологические грануляции; фрагменты челюстей обрабатывались до появления кровоточивости, иссекались свищевые ходы с краями измененной кожи. При наличии сообщения с полостью рта проводили тщательное ушивание с мобилизацией тканей. Фрагменты челюстей сопоставлялись в правильное положение и фиксировались стандартными методами 2 титановыми минипластинами. Пространство между фрагментами заполняли КоллапАном (Рис.3, Рис.4).

В первое время при использовании КоллапАна фиксацию фрагментов нижней челюсти осуществляли разными способами: у 9 больных - с применением аппарата Рудько, у 7 больных - с использованием стержневого аппарата, у 5 больных - путем внеочаговой фиксации спицей Киршнера. В настоящее время для фиксации

используются только минипластины, поскольку наш опыт работы подтверждает, что применение КоллапАна в зоне перелома позволяет не только стимулировать процессы репаративной регенерации, но и предупредить развитие гнойных осложнений.

Комбинации различных видов КоллапАна, выделяющих разные антимикробные средства, были использованы при лечении 146 больных. Противопоказанием являлось наличие аллергической реакции к антибиотикам, входящим в состав КоллапАна. У 143 пациентов заживление произошло первичным натяжением. Нами отмечено у одной больной с одонтогенным остеомиелитом расхождение швов на слизистой оболочке полости рта с выделением гранул КоллапАна. После проведенного промывания раны со стороны полости рта антисептиками, рана была заполнена йодоформной турундой. Заживление под турундой вторичным натяжением. Нами также отмечено, что у больных с посттравматическими остеомиелитами сохраняется экссудация из раны до 8 суток, у 2 больных отмечалось нагноение костной раны, которое было ликвидировано разведением краев раны и ее диализом. Удаление фиксаторов не проводилась. При использовании аппаратов внешней фиксации и спиц Киршнера заживление раны происходило более длительно и практически всегда вторичным натяжением, фиксация была не всегда жесткой.

Таким образом, применение КоллапАна в качестве остеопластического материала позволило нам значительно улучшить функциональные и эстетические результаты лечения и сократить сроки пребывания больных в стационаре.

Рис.1. Киста нижней челюсти.

Рис.2. Проведена цистэктомия, резекция верхушек корней 76 зубов. Полость заполнена КоллапАном.

Рис.3. Посттравматический остеомиелит нижней челюсти слева.

Рис.4. После секвестрэктомии фиксация фрагментов нижней челюсти двумя минипластинами. Дефект заполнен КоллапАном.