

Рентгенологическая симптоматика одонтогенных остеонекрозов челюстей, возникших под воздействием фосфорсодержащих соединений

А. А. Нестеров, к.м.н., доцент
Э. Р. Яхьяева, ассистент
Е. В. Тулаева, ст. лаборант

Кафедра стоматологии и челюстно-лицевой хирургии с курсом последипломного образования ФГБОУ ВО «Астраханский государственный медицинский университет» Минздрава России, г. Астрахань

X-ray symptoms of odontogenic osteonecrosis of jaw, arised under influence of phosphorus-containing compounds

A. A. Nesterov, E. R. Yakhyaeva, E. V. Tulaeva
Astrakhan State Medical University, Astrakhan, Russia

Резюме

Рассмотрена проблема рентгенологической диагностики одонтогенных остеонекрозов челюстей у лиц с зависимостью от наркотических средств, содержащих соединения фосфора. Целью работы является изучение рентгенологических признаков, характерных для данного заболевания. Выделены пять групп больных с различными проявлениями заболевания, клинические ситуации проиллюстрированы ортопантомограммами, конус-лучевыми и мультиспиральными компьютерными томограммами. Выявленные признаки служат основой для проведения рационального хирургического и медикаментозного лечения, а также позволяют дифференцировать одонтогенный остеомиелит банальной этиологии и дезоморфиновый остеонекроз челюстей у лиц с наркотической зависимостью.

Ключевые слова: челюстно-лицевая хирургия, остеонекроз, остеомиелит, наркомания, фосфор.

Summary

The present article dwells upon the problem of the radiological diagnostics of the odontogenic jaw osteonecrosis, typical for the persons with the addiction to the drugs, containing phosphorus. The research of the radiological evidence, typical for the aforesaid ailment is the goal of this article. The patients are divided into 5 groups, the clinical situations are illustrated by radiographs, cone-beam and multispiral computer scans. The signs discovered are applied as a basis for the rational surgical and medication treatment, and make it possible to differentiate between the odontogenic osteomyelitis of the commonplace etiology and desomorphine osteonecrosis as regards the patients with drug addiction.

Key words: maxillofacial surgery, osteonecrosis, osteomyelitis, drug addiction, phosphorus.



А. А. Нестеров



Э. Р. Яхьяева



Е. В. Тулаева

Для успешного лечения одонтогенных остеонекрозов у больных, страдающих зависимостью от фосфорсодержащих синтетических наркотиков, наиболее важным фактором является тщательное проведение рентгенологической диагностики (Н. С. Серова и соавт., 2016). Раннее распознавание начальной стадии хронического одонтогенного остеонекроза челюстей у дезоморфиновых наркоманов с помощью рентгенологической диагностики и клинической картины позволяет выбрать наиболее рациональную тактику хирургического и медикаментозного лечения, что позволяет предотвратить осложнения, рецидивы, а также избежать распространения некротического процесса на здоровые ткани (Е. М. Басин и соавт., 2017).

Цель работы: выявление рентгенологических признаков, характерных для одонтогенного остеонекроза че-

люстей, у пациентов с зависимостью от кустарных наркотиков, содержащих соединения фосфора (дезоморфин) при различных стадиях заболевания.

Методы исследования

Ортопантомография челюстей (ОПТГ), конус-лучевая компьютерная томография (КЛКТ), мультиспиральная компьютерная томография (МСКТ).

Нами проведен анализ 200 ортопантомограмм челюстей первичных пациентов с различными стадиями заболевания, поступавших в отделение челюстно-лицевой хирургии Александро-Мариинской областной клинической больницы (г. Астрахань), а также 10 конус-лучевых компьютерных томограмм и 10 мультиспиральных компьютерных томограмм с выполненными на их основе трехмерными компьютерными реконструкциями челюстей.

Пациенты наблюдались в динамике, рекомендуемые интервалы между рентгенологическими исследованиями челюстей составляли 6–12 месяцев. Особенностью исследования в данной категории пациентов-наркоманов является прерывистость большинства наблюдений, связанная с некорректным характером поведения больных.

По рентгенологическим симптомам заболевания были выделены пять групп больных по соответствующим степеням тяжести заболевания.

Первая группа — пациенты с проявлениями остеонекроза зубной лунки (рис. 1, 2), поступившие в стационар спустя 2–4 недели после экстракции зуба, имели в анамнезе несколько неудачных попыток лечения альвеолита в поликлинике. На рентгенограмме видны признаки остеонекроза зубочелюстного сегмента, отсутствие демаркации очага поражения, распростра-



Рисунок 1. ОПГГ: рентгенологическая картина остеонекроза лунки удаленного зуба 3.7.



Рисунок 2. ОПГГ: рентгенологическая картина остеонекроза лунки удаленного зуба 1.7.



Рисунок 3. ОПГГ: рентгенологическая картина очагового остеонекроза тела нижней челюсти справа.



Рисунок 4. ОПГГ: рентгенологическая картина очагового остеонекроза дистальных отделов альвеолярного отростка верхней челюсти справа и слева.



Рисунок 5. ОПГГ: рентгенологическая картина диффузного поражения костной ткани верхней челюсти без демаркации участков остеонекроза.

нение остеопороза на прилежащие участки кости. Размеры участка разрежения костной ткани не превышают 1,0–1,5 см в диаметре.

Вторая группа — пациенты с активной клиникой очагового остеонекроза (рис. 3, 4) и локальными осложнениями в виде самопроизвольной экстракции зубов, расположенных рядом с первичным дефектом, спонтанной перфорации верхнечелюстного синуса или неврита нижнего альвеолярного нерва. На рентгеновском снимке определяется участок разрежения костной ткани без демаркации размером от 2 до 4 см, с нарушением границ подлежащих анатомических структур (верхнечелюстная пазуха, нижнечелюстной канал). В целом отмечается диффузный остеопороз костной ткани челюсти и расширение периодонтальных щелей зубов.

Третья группа — больные с диффузным поражением костной ткани челюсти (рис. 5, 6), некрозом слизистой оболочки над пораженным фрагментом, с зиянием беззубой оголенной кости в полость рта. На рентгеновском снимке — участок адентии с сохранением зубных альвеол или их отсутствием, пористость структуры кости, отсутствие демаркации и секвестров. Для нижней челюсти характерно образование муфтообразных периостальных отложений (рис. 7, 8) толщиной 2–5 мм, покрывающих практически весь периметр пораженной кости, за исключением поверхности, зияющей в полость рта.

Четвертую группу составили пациенты с тотальным некрозом челюстей (рис. 9), для которых характерны спонтанные патологические переломы, образование мелких пластинчатых секвестров (рис. 10), полная потеря упорядоченной костной структуры (рис. 11, 12).

Для пациентов, получавших комплексное лечение либо прекративших прием наркотических средств, характерно появление тенденции к демаркации очага поражения, формированию и отторжению крупных секвестров (рис. 13, 14).

Пятая группа — пациенты-реконвалесценты после завершения процесса секвестрации с характерным для этого заболевания ремоделированием кости нижней челюсти (рис. 15).

Таким образом, своевременное назначение современного рентге-



Рисунок 6. ОПГГ: рентгенологическая картина диффузного поражения костной ткани нижней челюсти без признаков секвестрации.

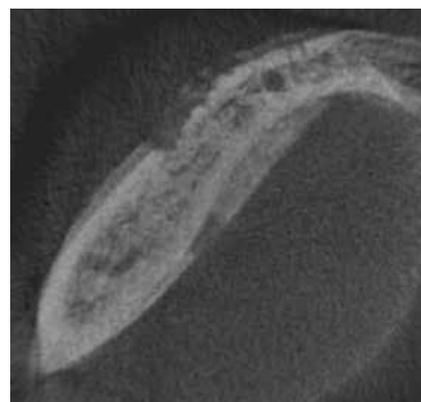


Рисунок 7. МСКТ: рентгенологическая картина муфтообразных периостальных отложений.

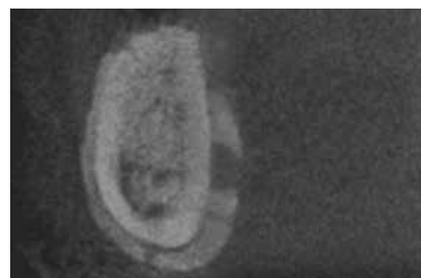


Рисунок 8. МСКТ: рентгенологическая картина муфтообразных периостальных отложений.



Рисунок 9. ОПГГ: рентгенологические симптомы тотального остеонекроза нижней челюсти и диффузного остеонекроза верхней челюсти.

нологического обследования позволяет провести дифференциальную диагностику между одонтогенным остеомиелитом и дезоморфинным остеонекрозом челюстей у наркоманов, принимавших кустарные препараты, содержавшие фосфор.

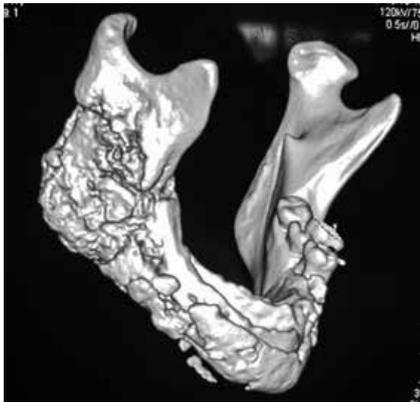


Рисунок 10. Трехмерная реконструкция МСКТ: рентгенологическая картина мелких пластиночных секвестров костной ткани челюсти.



Рисунок 11. МСКТ: рентгенологическая картина потери упорядоченной костной структуры.



Рисунок 12. МСКТ: рентгенологическая картина потери упорядоченной костной структуры.



Рисунок 13. ОППГ: рентгенологическая картина верхней челюсти после отторжения крупных секвестров альвеолярного отростка верхней челюсти.



Рисунок 14. ОППГ: рентгенологическая картина формирования крупных секвестров в костной ткани челюсти.

При планировании хирургического лечения данные рентгенографии челюстей в динамике позволяют выявить начало процесса образования секвестров, что является показанием к началу оперативного лечения.

Список литературы:

1. Басин Е. М. Остеонекрозы костей лицевого скелета у лиц с наркотической зависимостью (клиника, диагностика, лечение): Автореф. ... доктора мед. наук. М., 2017, 48 с.
2. Серова Н. С., Курешова Д. Н., Бабкова А. А., Басин Е. М. Рентгенологическая классификация остеонекрозов средней зоны лица у пациентов с наркотической зависимостью от дезоморфина и первитина // Диагностическая и интервенционная радиология. 2016. № 3 (10). С. 35–41.

Особенно важно выявление типичных рентгенологических изменений в случаях, когда пациенты скрывают истинную причину болезни и на-

стаивают на ятрогенной природе их заболевания, например неквалифицированное удаление зубов или нерациональное зубопротезирование.

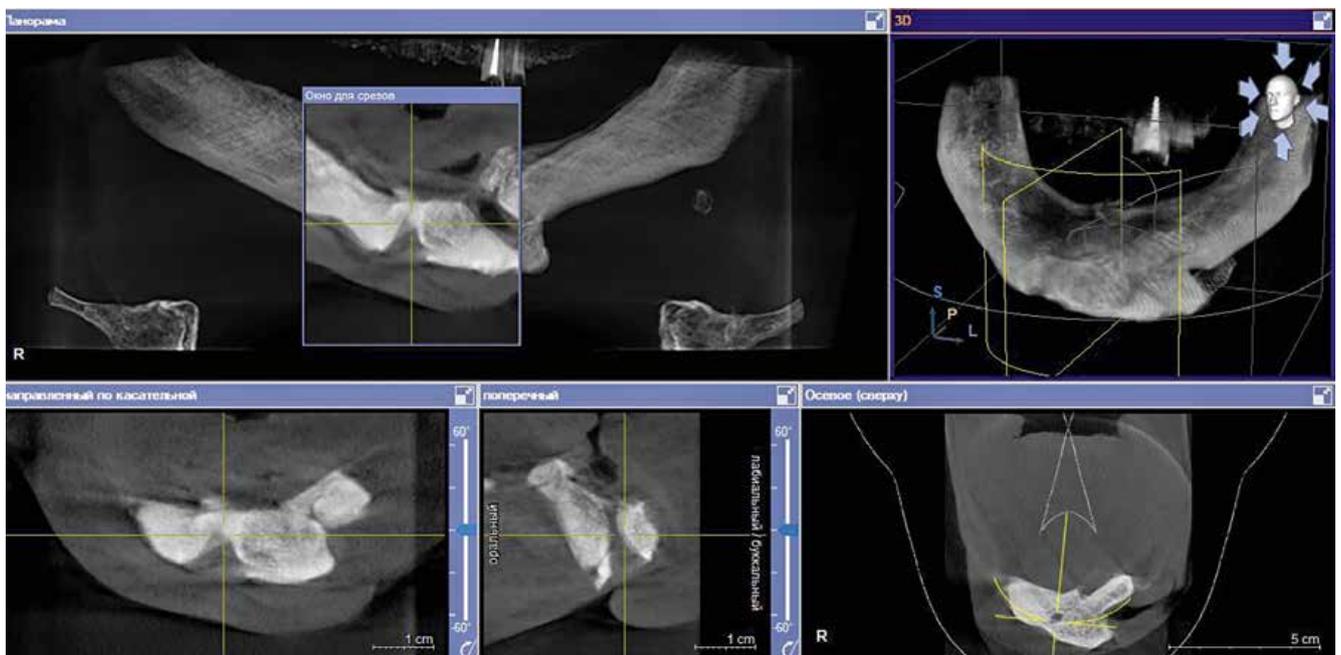


Рисунок 15. КЛКТ нижней челюсти спустя 6 лет от начала остеонекроза нижней челюсти: признаки ремоделирования костной ткани в зоне бывшего остеонекроза за счет оссификации периостальных отложений.

Для цитирования. Нестеров А. А., Яхьяева Э. Р., Тулаева Е. В. Рентгенологическая симптоматика одонтогенных остеонекрозов челюстей, возникших под воздействием фосфорсодержащих соединений // Медицинский алфавит. Серия «Стоматология». — 2019. — Т. 4. — № 34 (409). — С. 7–9.