

© А.А. НЕСТЕРОВ, 2013

УДК 616.716.8-002.4-02:613.83]-089:617-089.5

А.А. Нестеров

ЭФФЕКТИВНОЕ ОБЕЗБОЛИВАНИЕ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ПАЦИЕНТОВ С «ДЕЗОМОРФИНЫМИ» ОСТЕОНЕКРОЗАМИ ЧЕЛЮСТЕЙ

ГБОУ ВПО «Астраханская государственная медицинская академия» Минздрава России, 414000, Астрахань

Изучены особенности купирования болевого синдрома при лечении наркозависимых больных с очаговыми и диффузными «дезоморфиновыми» остеонекрозами челюстей. Анальгетик Кетанов® показан при подготовке к оперативному лечению, а также может использоваться для премедикации и в послеоперационном периоде.

Ключевые слова: остеонекроз; остеомиелит; Кетанов®; дезоморфиновая зависимость; фосфор; остеонекрэктомия

А.А. Nesterov

EFFECTIVE ANALGESIA IN TREATMENT OF PATIENTS WITH «DESMORPHINE» OSTEONECROSIS OF THE JAWS

Federal State Budgetary Academy «Astrakhan State Medical Academy» of the Ministry of Healthcare of Russian Federation, 414000, Astrakhan, Russian Federation

The peculiarities of the relief of pain syndrome in treatment of drug-abused patients with local and diffuse «desomorphine» osteonecrosis of the jaws are investigated. Analgesic Ketanov® can be used in period of preparing for operative treatment, also for premedication and in postoperative period.

Key words: osteonecrosis; osteomyelitis; Ketanov®; desomorphine addiction; phosphorus; osteonecrectomia

Постоянно растущее число обращений больных с очаговыми и диффузными остеонекрозами челюстей, возникшими на фоне зависимости от кустарных наркотических средств, стало серьезной проблемой хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии [1, 4, 5]. Фосфорсодержащие вещества, входящие в состав синтетических наркотических смесей, известных под названиями «дезоморфин» или «крокодил», имеют свойство накапливаться в костной ткани, оказывают влияние на активность остеокластов. Роль пускового механизма в развитии остеонекрозов челюстей играют обострение хронической одонтогенной инфекции, удаление зубов и присоединение условно-патогенной микрофлоры полости рта на фоне вторичного иммунодефицита и железодефицитной анемии [2]. В последующем заболевание развивается в виде цепи патогенетически взаимосвязанных нозологических форм: альвеолит, остеомиелит зубной ячейки, очаговый остеомиелит нескольких зубочелюстных сегментов, диффузный остеомиелит челюсти. В итоге развивается некроз костной ткани челюстей вплоть до тотальной двусторонней деструкции верхней и нижней челюсти. Для одонтогенного остеомиелита челюстей на фоне наркотической зависимости от дезоморфина характерны первично хроническое течение, быстрая потеря зубов, длительное отсутствие секвестрации (при продолжении приёма наркотика), формирование участков остеонекроза, зияющих в полость рта, без тенденции к отграничению от здоровых тканей [3].

В случае достижения ремиссии наркозависимости от внутривенных наркотиков некоторые пациенты в связи с постепенно нарастающим болевым синдромом становятся зависимыми от приема больших доз

болеутоляющих кодеинсодержащих препаратов в таблетированном виде. Поскольку продажа этой группы лекарственных средств без рецепта запрещена, у больных возникают серьезные проблемы с купированием болевого синдрома. Как и при типичных формах хронического остеомиелита, хирургическое лечение при «дезоморфиновых» остеонекрозах челюстей следует начинать после появления демаркации некротизированных участков и формирования секвестров. Но эти процессы у бывших наркоманов протекают крайне медленно в связи с явлениями вторичного иммунодефицита и сниженной активностью остеокластов. Соответственно в течение предоперационного периода больные испытывают боли, которые могут быть купированы различными анальгетиками из группы нестероидных противовоспалительных препаратов.

В клинике челюстно-лицевой хирургии Александрo-Мариинской областной клинической больницы (Астрахань) с 2009 по 2012 г. проведено хирургическое лечение 68 пациентов (67% мужчин, 33% женщин) с очаговым и диффузным одонтогенным остеомиелитом челюстей на фоне наркотической зависимости от дезоморфина, полученного кустарным способом. Возраст пациентов составил от 19 до 55 лет. Изолированное поражение нижней челюсти отмечали у 47% пациентов, верхней челюсти – у 38%, остеомиелит обеих челюстей наблюдали у 15%. У двух пациентов выявлено сочетание остеомиелита верхней челюсти, скуловой кости и крыловидного отростка клиновидной кости. Диффузное поражение челюстей мы наблюдали у 34% пациентов, очаговое – у 66%. За время лечения из числа прооперированных больных двое умерли от передозировки наркотических средств, один – от септических осложнений.

Тактика оперативного лечения зависела от продолжения приема пациентом наркотика, объема некротизированного участка челюсти, соматического состояния больного. Выполнялись операции в объеме

от локальной остеонекротомии и секвестрэктомии до тотальной резекции челюстей с замещением дефектов реконструктивными пластинами. Учитывая калечащий характер операции тотальной или субтотальной резекции челюстей, высокий риск развития осложнений в виде прорезывания реконструктивных пластин, мы стремились проводить комплексное патогенетически обоснованное лечение с целью добиться отделения некротизированной ткани, образования секвестров. В 85% случаев прибегали к поэтапному локальному удалению некротизированной костной ткани, что требовало адекватного местного обезболивания во время операции и в послеоперационном периоде.

Анестезиологическое пособие пациентам с наркотическими остеонекрозами имеет ряд объективных особенностей:

- тромбоз периферических вен затрудняет внутривенную анестезию;
- установка центрального катетера в подключичную вену рискованна из-за возможности введения через него наркотических средств самим пациентом при продолжении приема наркотиков (ремиссия наркозависимости всегда сомнительна!);
- премедикация и послеоперационное обезболивание промедолом или его аналогами могут привести к рецидиву наркотической зависимости и сопряжены с организационными сложностями при проведении лечения в амбулаторных условиях;
- кодеинсодержащие обезболивающие препараты недостаточно эффективны и могут вызывать у пациента лекарственную зависимость.

Учитывая указанные особенности, при проведении локальной остеонекротомии и секвестрэктомии широко использовали методы проводниковой анестезии на верхней и нижней челюсти, а также стволовой у овального отверстия по Берше–Дубову–Уварову при операциях на нижней челюсти.

В послеоперационном периоде для обезболивания использовали препарат Кетанов® (кеторолака трометамин производства фирмы «Ранбакси Лабораторис Лтд»). Эффективность обезболивания оценивали у 20 пациентов, прошедших хирургическое лечение хронического диффузного или очагового остеомиелита челюстей в стационаре челюстно-лицевой хирургии за период с января 2013 г. по июль 2013 г. В период нахождения в стационаре пациенты после остеонекротомии и секвестрэктомии челюстей получали Кетанов® в дозе 1,0 мл внутримышечно 2 раза в сутки в течение 7 дней. Проводилось анкетирование пациентов с оценкой следующих аспектов: интенсивность болевого синдрома до получения инъекции препарата Кетанов® и в течение 15, 30, 60 мин после инъекции по 5-балльной шкале; длительность периода обезболивания и время появления болевой реакции; субъективная оценка пациентами эффективности препарата Кетанов® по сравнению с ранее применявшимися обезболивающими средствами.

В результате исследования установлено, что начало эффективного действия препарата Кетанов® при внутримышечном введении составляет в среднем 17

мин, период полного отсутствия боли составлял от 2,5 до 8 ч. Пациентам с короткими периодами отсутствия боли препарат Кетанов® назначали до 3 раз в сутки (суммарно 90 мг/сут) в соответствии с руководством по применению препарата. Субъективно пациентами отмечены высокая эффективность обезболивания и пролонгированный эффект действия препарата по сравнению с другими обезболивающими препаратами из группы нестероидных противовоспалительных средств. Осложнений и побочных реакций применения препарата Кетанов® не обнаружено. Результаты лабораторных исследований (определение АЛТ, АСТ, билирубина прямого, общего, креатинина, мочевины) не изменились на фоне приема Кетанов®.

Таким образом, назначение анальгетика Кетанов® из группы нестероидных противовоспалительных средств показано для купирования болевого синдрома на различных этапах лечения хронических очаговых и диффузных остеонекрозов челюстей, возникших на фоне приема синтетических наркотиков на основе дезоморфина.

ЛИТЕРАТУРА

1. *Басин Е.М.* Остеонекрозы костей лицевого скелета у лиц с наркотической зависимостью (клиника, диагностика, лечение): Дисс. М.; 2012.
2. *Нестеров А.А., Нестеров А.П.* Особенности клинического течения одонтогенных остеомиелитов челюстей на фоне наркотической интоксикации. В кн.: Сборник трудов VIII Всероссийской научно-практической конференции “Образование, наука и практика в стоматологии”, М.; 2011: 105–7.
3. *Нестеров А.А., Нестеров А.П., Пархоменко А.А., Пархоменко О.С.* Патогенез одонтогенного остеомиелита челюстей у лиц с зависимостью от дезоморфина. Астраханский медицинский журнал. 2012; 7(4): 197–200.
4. *Погосян Ю.М., Акопян К.А.* Клинико-лабораторные особенности остеонекроза челюстей у больных, принимающих наркотик “крокодил” (дезоморфин). Вопросы теоретической и практической медицины. 2012; 2: 69–72.
5. *Тимофеев А.А., Дакал А.В.* Клиническое течение гнойно-воспалительных заболеваний челюстей и мягких тканей челюстно-лицевой области у больных, употребляющих наркотик “Винт”. Современная стоматология. 2010; 1: 96–102.

REFERENCES

1. *Basin E.* Osteonecrosis of bones of facial skeleton in patients with narcotic addiction (clinic, diagnostics, treatment): Diss. Moscow; 2012 (in Russian).
2. *Nesterov A.A., Nesterov A.P.* The peculiarities of clinical symptoms and development of odontogenous osteomyelitis in patients with narcotic intoxication. In: Education, science and practice in dentistry. Proceedings of the VIII Russian scientific and practical conference. Moscow; 2011: 105–7 (in Russian).
3. *Nesterov A.A., Nesterov A.P., Parkhomenko A.A., Parkhomenko O.S.* The pathogenesis of odontogenous osteomyelitis of jaws in persons with dependence with desomorphine. Astrakhan Medical Journal. 2012; 7(4): 197–200 (in Russian).
4. *Poghosyan Yu.M., Akopyan K.A.* Clinical-laboratory features of jaw osteonecrosis at drug addict patients who use drug «crocodile» (desomorphine). Issues in theoretical and clinical medicine. 2012; 2: 69–72 (in Russian).
5. *Tymofieiev A.A., Dakal A.V.* Clinical course of purulent inflammatory diseases of the jaws and soft tissues of the maxillofacial area in patients using «vint» drug. Modern dentistry. 2010; 1: 96–102 (in Russian).

Поступила 29.09.13