

ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ И ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПЕРВИЧНЫХ ОДОНТОГЕННЫХ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ОЧАГОВ У БОЛЬНЫХ С ГНОЙНО-ВОСПАЛИТЕЛЬНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ МЯГКИХ ТКАНЕЙ, УПОТРЕБЛЯЮЩИХ НАРКОТИК «ВИНТ»

А.А. Тимофеев, А.В. Дакал

Институт стоматологии НМАПО им. П.Л. Шупика

Резюме. Изучены особенности клинического течения и разработаны схемы комплексного лечения одонтогенных гнойно-воспалительных заболеваний мягких тканей челюстно-лицевой области и шеи у больных, употребляющих наркотик «винт». Применение предлагаемых схем лечения способствуют более быстрой ликвидации гнойно-воспалительного процесса, что сокращает сроки лечения больных.

Ключевые слова: наркотик «винт», первитин, наркомания, остеомиелиты челюстей, гнойные лимфадениты, абсцессы, флегмоны.

ОСОБЛИВОСТІ КЛІНІЧНОГО ПЕРЕБІГУ ТА ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ ПЕРВИЧНИХ ОДОНТОГЕННИХ ЗАПАЛЬНИХ ВОГНИЩ У ХВОРИХ ІЗ ГНІЙНО-ЗАПАЛЬНИМИ ЗАХВОРЮВАННЯМИ І М'ЯКИХ ТКАНИН, ЯКІ ВЖИВАЮТЬ НАРКОТИК «ГВИНТ»

О.О. Тимофеев, А.В. Дакал

Резюме

Вивчені особливості клінічного перебігу й розроблені схеми комплексного лікування одонтогенних гнійно-запальних захворювань м'яких тканин щелепно-лицьової ділянки та шиї у хворих, які вживають наркотик «гвинт». Застосування запропонованих схем лікування сприяє більш швидкій ліквідації гнійно-запального процесу, що скорочує строки лікування хворих.

Ключові слова: наркотик «гвинт», первитин, наркоманія, остеомиєліти щелеп, гнійний лімфаденіт, абсцеси, флегмони.

FEATURES OF THE CLINICAL COURSE AND SURGICAL TREATMENT OF PRIMARY ODONTOGENIC INFLAMMATORY FOCI IN VINT DRUG ADDICTED PATIENTS WITH PYOINFLAMMATORY LESIONS OF SOFT TISSUES

O. Tymofeiev, A. Dakal

Summary

Features of the clinical course were studied and regimens for complex treatment of odontogenic pyoinflammatory lesions of soft tissues of the maxillofacial region and neck in Vint drug addicted patients were developed. The suggested regimens contribute to faster elimination of pyoinflammatory processes which reduces length of treatment of the patients.

Key words: Vint drug, Pervintin, drug addiction, addicting drug, osteomyelitis of the jaws, purulent lymphadenitis, abscesses, phlegmons.

Понятия «наркомания», «наркотики», «наркоман» стали частью жизни человечества и особой проблемой второй половины XX и, конечно же, начала XXI века. Наркомания – это результат последних десятилетий жизни общества, и она стала обиходным понятием, а ее угроза оставила далеко позади опасность алкоголизма или психических заболеваний. Это социально-биологическая угроза, имеющая глобальный масштаб. По мнению футурологов, проблема наркотиков представляет собой самую большую из угрожающих сегодня нашему обществу опасностей. В ближайшие десятилетия наркомания может принести ущерб, превышающий все беды, которые только случались в истории человечества.

Средний возраст сегодняшних наркоманов 20–25 лет. Наркомания поражает молодых людей, но в своем росте распространяется в направлении еще большего омоложения. Это угроза генфонду, т. к. при сегодняшних темпах ее распространения в скором будущем мы столкнемся с ситуацией, когда наркотизмом будет поражена значительная часть молодого поколения.

Анализ наших наблюдений указывает, что первитин (синонимы: первитин, первентин, а на наркоманском сленге «винт», «мулька» и др.) является наиболее часто употребляемым больными с воспалительными заболеваниями челюстно-лицевой области. Наркотик «винт» – это раствор, который в бытовых условиях можно получить в результате сложной химической реакции. «Винт» – это маслянистая жидкость, имеющая желтый цвет либо прозрачная с характерным запахом яблок. Данный синтетический наркотик включен в международный перечень особо опасных наркотических средств и является самым разрушительным психостимулятором. Наркотик «винт», по данным литературы, оказывает наиболее токсическое влияние как на ткани челюстно-лицевой области, так и на весь организм в целом.

Тимофеев А.А. и Лесовая И.Г. (2009) [1] указывают на разрушительное действие красного фосфора в первитине («винт»). Это наиболее важный компонент, который может влиять на патогенез развития остеомиелитического процесса в челюсти. У лиц, работающих на спичечном производстве, описан фосфорный некроз челюстей.

Цель исследования – определить особенности клинического течения и хирургического лечения первичных одонтогенных воспалительных очагов у больных с гнойно-воспалительными заболеваниями мягких тканей челюстно-лицевой области, употребляющих наркотик «винт».

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

За последние пять лет проведено клиническое обследование и лечение 245-ти больных с одонтогенным гнойно-воспалительными заболеваниями мягких тканей, употребляющих наркотик «винт». Первичными одонтогенными воспалительными процессами в челюсти были такие заболевания, как периодонтит, периостит и остеомиелит.

При госпитализации больных и в динамике лечения проведено обследование, которое включало сбор анамнеза, осмотр, пальпацию, рентгенографию челюстей. Полученные цифровые данные лабораторных обследований обработаны вариационно-статистическим методом с использованием персонального компьютера. Достоверность результатов обследования вычисляли согласно критериям Стьюдента. Различия считали достоверными при $p < 0,05$.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Периодонтиты у наркоманов, употребляющих наркотик «винт», наиболее часто имеют хроническое течение, реже – обострившийся характер. Периодонтиты имеют агрессивный и прогрессирующий характер (сопровождаются интенсивными и упорными болями), а также плохо поддаются консервативному лечению. В большинстве случаев хронические периодонтиты сопровождаются воспалительной реакцией на любые эндодонтические вмешательства, которые у данной категории больных чаще всего являются неэффективными, и поэтому большинство периодонтитных зубов удаляется. Периодонтиты выявляются как в кариозно разрушенных, так и в интактных зубах. На альвеолярных отростках, в области периодонтитных зубов обнаруживаются свищи с гнойным экссудатом. Хронические периодонтиты имеют общепринятую рентгенологическую картину и отличаются только тем, что в области тела и/или ветви нижней челюсти или тела верхнечелюстной кости имеются единичные или множественные очаги остеопороза.

Периоститы у наркоманов, употребляющих наркотик «винт», имеют острое или обострившееся течение. Острые и обострившиеся формы периоститов характеризуются умеренно выраженным или вялотекущим клиническим проявлением. Слизистая оболочка альвеолярного отростка и переходной складки имеет застойно-синюшный вид, рыхлая, в области альвеолярного отростка обна-

живаются свищи с гнойным содержимым. Сглаженности переходной складки, в привычном смысле этого слова, чаще всего не обнаруживаются, т. к. гнойное содержимое опорожняется через свищи, которые имеются в области альвеолярного отростка. При надавливании на переходную складку через свищевые отверстия выделяется гнойное содержимое. Гиперпластических явлений со стороны периоста мы не наблюдали. Рентгенологическая картина при периостите соответствовала таковой у больных с периодонтитом (в большинстве случаев определяются остеопорозные очаги в челюсти).

Одонтогенные остеомиелиты челюстей у наркоманов, употребляющих наркотик «винт», имеют свои особенности клинического проявления. На верхнечелюстной кости они характеризуются хроническим течением и обширностью поражения (разлитой или диффузным характер). Костная ткань патологического очага оголена в пределах альвеолярного отростка на протяжении одной (редко) или нескольких лунок (чаще) в области ранее удаленных зубов. Четко видны зубные ячейки (alveoli dentales) на месте ранее удаленных зубов, зубные ячейки отделены друг от друга деформированными зубными перегородками (septa interalveolaria). Оголенная костная ткань альвеолярного отростка челюсти окружена слизистой оболочкой бледно-розового цвета (чаще) или гиперемированной (реже), костные лунки обычно заполнены гнойным экссудатом, имеющим пенный вид. Костная ткань в патологических очагах (в участках ее обнажения) имеет грязно-серый, тусклый, матовый или желто-коричневый цвет, а в некоторых местах покрыта налетом грязного и/или серо-зеленого цвета. Костная ткань всегда выглядит «изъеденной» при отсутствии в области патологического очага грануляционной ткани. В некоторых участках между обнаженной и деформированной костной тканью альвеолярного отростка верхней челюсти могут находиться внешне интактные зубы. Слизистая оболочка переходной складки бледно-розового цвета, несколько утолщена и малоблезненная. Мягкие ткани вокруг оголенной кости, со стороны твердого неба и переходной складки утолщены и покрыты слизистой оболочкой как бледно-розового цвета (чаще), так и гиперемированной (в местах скопления налета грязно-серого цвета). Мягкие ткани вокруг патологического очага инфильтрированы и малоблезненны. Грануляционная ткань в области оголенных участков кости отсутствует (рис. 1).

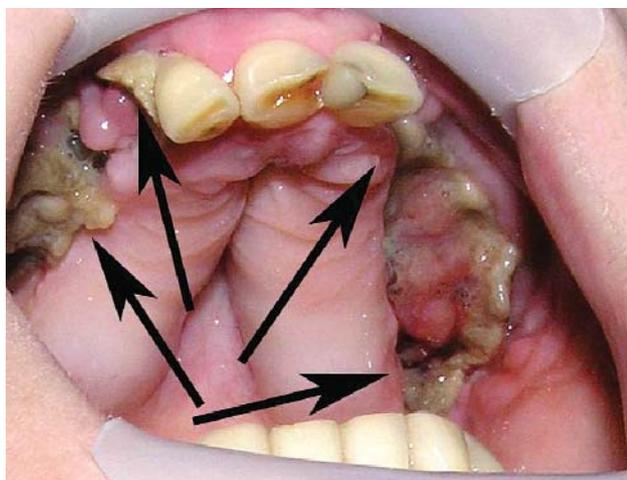


Рис. 1. Хронический одонтогенный остеомиелит верхнечелюстных костей у наркоманов, употребляющих наркотик «винт». Секвестры указаны стрелками.



Рис. 2. Хронический одонтогенный остеомиелит нижнечелюстной кости у наркоманов, употребляющих наркотик «винт». Оголенный участок челюсти указан стрелками.

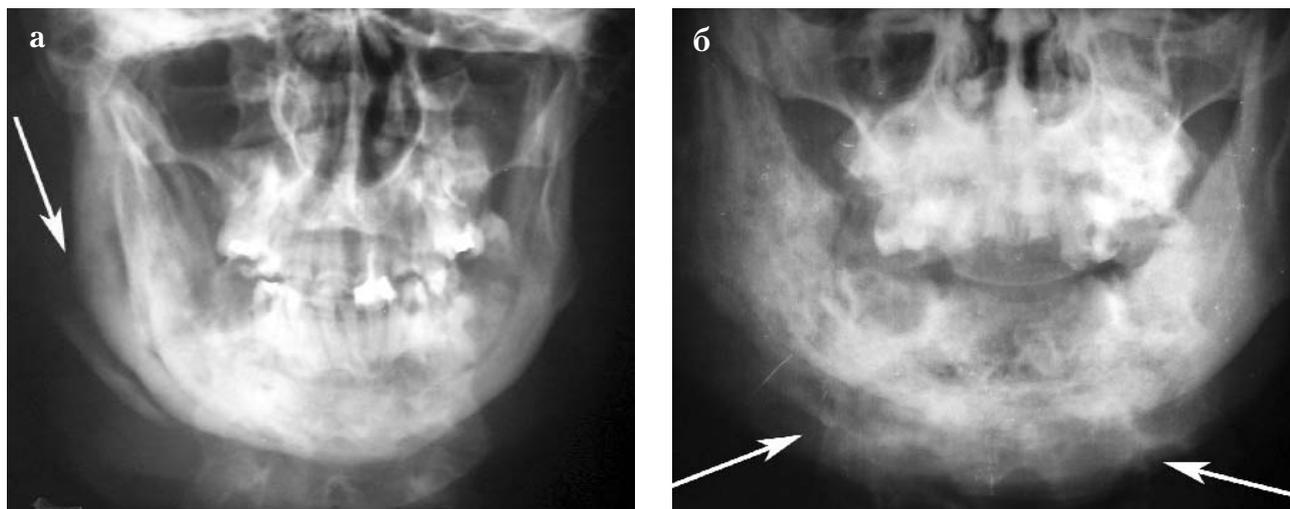


Рис. 3. На обзорных рентгенограммах нижней челюсти (а, б) больных одонтогенным остеомиелитом (употребляющих наркотик «винт»), осложненных гнойно-воспалительными заболеваниями мягких тканей, наблюдается выраженная периостальная реакция (указаны стрелками).

Одонтогенный остеомиелит нижнечелюстной кости у наркоманов, употребляющих наркотик «винт», протекает в хронической форме. По распространенности одонтогенный остеомиелит может быть как ограниченным, так и очаговым, и разлитым (диффузным). При ограниченной и очаговой формах хронического остеомиелита нижней челюсти виден обнаженный участок альвеолярного гребня в пределах одного или двух удаленных зубов, матовый, тусклый, имеет бледно-желтый или грязно-серый цвет. Слизистая оболочка вокруг оголенного участка альвеолярной кости обычно бледно-розового цвета. Обнаженная лунка может быть заполнена гнойным экссудатом, а окружающая слизистая оболочка в местах скопления гнойного экссудата гиперемирована. На рентгенограммах определяются очаги разрежения костной ткани челюсти с формированием секвестров в сроки, которые на 1–2 недели продолжительнее таковых для традиционного одонтогенного остеомиелита. Остеомиелитические очаги выявляются на фоне участков остеопороза челюсти. При разлитых формах хронического остеомиелита нижней челюсти участки обнаженной альвеолярной кости выходят за пределы трех и более зубов. Костная ткань оголяется не только в области альвеолярного гребня (видны изъеденные костные альвеолы, которые покрыты грязно-серым, грязно-зеленым или грязно-коричневым налетом), но и у его основания. Четко видны зубные ячейки на месте ранее удаленных зубов, зубные ячейки отделены друг от друга деформированными (изъеденными) зубными перегородками, кость имеет грязно-желтый, грязно-серый или коричневый (разных оттенков) цвет. Слизистая оболочка, окружающая участок обнаженной кости бледно-розового цвета, без признаков гиперемии (рис. 2). Выявляются лишь единичные очаги наличия грануляционной ткани. На рентгенограммах нижней челюсти на фоне очагов остеопороза определяются участки разрежения костной ткани различной величины с формированием обширных секвестров. Сроки формирования секвестров у наркоманов, употребляющих наркотик «винт», на 2–3 недели превышают таковые при традиционных формах.

На рентгенограммах нижней челюсти больных с одонтогенным остеомиелитом на фоне очагов остеопороза определяются участки разрежения костной ткани различной величины с формированием секвестров и «муфтообразной» периостальной реакции вокруг нижнечелюстной кости (рис. 3).

Таким образом, первичный одонтогенный очаг (периодонтит, периостит, остеомиелит) у больных с гнойно-воспалительными процессами мягких тканей, употребляющих наркотик «винт» (первитин, первинтин, первентин), характеризуется: хроническим, прогрессирующим и быстротекущим характером течения, обширностью поражения, обнажением костной ткани альвеолярного отростка, неудовлетворительным заживлением постэкстракционных ран, отсутствием грануляционной ткани и низкой эффективностью общепринятых лечебных мероприятий. Рентгенологически выявляемые хронические периодонтиты и периоститы имеют общепринятую рентгенологическую картину с наличием единичных или множественных участков остеопороза. Особенностью рентгенологической картины остеомиелитов является наличие «муфтообразной» периостальной реакции вокруг нижнечелюстной кости, а секвестры выявляются на фоне большого количества очагов остеопороза челюсти.

Ограниченные и разлитые гнойно-воспалительные процессы мягких тканей лица и шеи у больных, употребляющих наркотик «винт», имеют затяжной и прогрессирующий характер клинического течения, отличаются обширностью поражения мягких тканей, а также характеризуются выраженной воспалительной инфильтрацией, наличием на коже единичных или множественных свищей, через которые видны обнаженные участки кости. После вскрытия гнойного очага обнаруживаются злокачественные некротизированные ткани. Послеоперационные гнойные раны всегда имеют вялое заживление.

Установлено, что у больных, употребляющих наркотик «винт» не более 3–6-ти месяцев, первичные одонтогенные очаги при гнойно-воспалительных процессах мягких тканей отличались менее агрессивным течением с ограниченным, захватывающим не более двух зубов, патологическим очагом и обнажением альвеолярного отростка челюсти, а также образованием секвестров небольших размеров. У больных, принимающих наркотик «винт» более одного года, первичные одонтогенные очаги отличались агрессивным течением с разлитым (диффузным), захватывающим не менее 3-х зубов, патологическим очагом, и обнажением альвеолярного отростка челюсти с образованием больших размеров секвестров.

На основании проведенных обследований установлено, что при осложнении клинического течения периодонтитов и периоститов чаще (более 80 %) развивались серозные и/или гнойные лимфадениты, а при осложне-

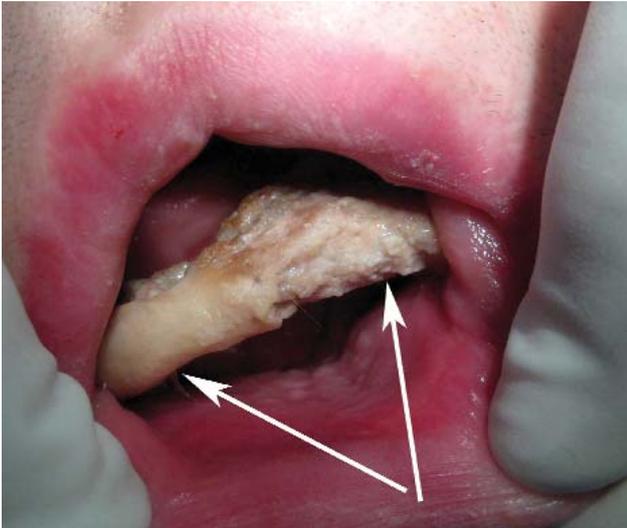


Рис. 4. Обширный секвестр нижнечелюстной кости (указан стрелками).

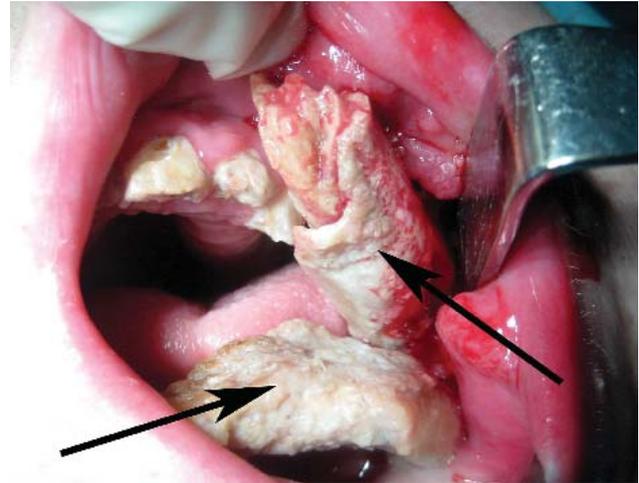


Рис. 5. Перелом секвестра нижней челюсти во время секвестрэктомии. На дистальном отломке определяется «муфтаобразная» периостальная реакция вокруг нижнечелюстной кости.

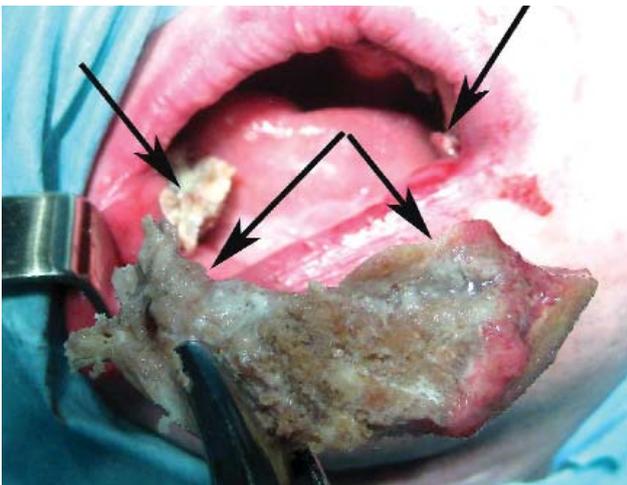


Рис. 6. Внешний вид секвестров нижнечелюстной кости при проведении секвестрэктомии. Стрелками указаны удаленный секвестр и фрагменты (в дистальных отделах) еще не удаленных секвестров.

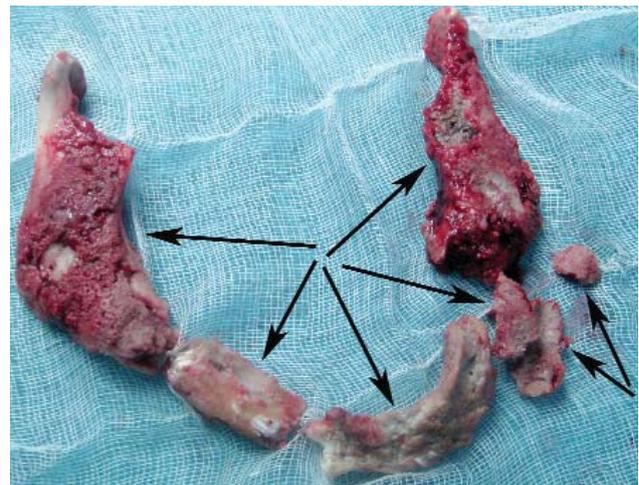


Рис. 7. Внешний вид секвестров нижнечелюстной кости. Фрагменты указаны стрелками.

нии течения хронических остеомиелитов челюстей чаще (более чем в 95 %) возникают абсцессы и флегмоны мягких тканей челюстно-лицевой области и шеи.

Острый серозный лимфаденит у наркоманов встречался часто. Общее состояние не нарушалось, только наблюдалось повышение температуры до 37,2°С. При осмотре определялась ограниченная припухлость в соответствующей области. Кожа собиралась в складку, цвет ее не изменялся. Пальпаторно определялось несколько увеличенных лимфатических узлов плотноэластической консистенции. Они были болезненными и малоподвижными.

При гнойном лимфадените температура тела чаще повышалась до 38,0°С. Появлялись недомогание, озноб, нарушение аппетита и сна. Кожа над припухлостью была гиперемированной и напряженной. Ткани вокруг одного (редко) или нескольких (чаще) лимфатических узлов инфильтрировались, т. е. развивался периаденит. Пальпируемый инфильтрат был малоблезненным. В центре инфильтрата определялась флюктуация, а при расплавлении капсулы лимфатического узла (узлов) гной проникал в окружающую клетчатку, и возникала аденофлегмона. После вскрытия гнойного лимфаденита (аденофлег-

моны) часто обнаруживалась злобная ткань некротизированного лимфатического узла (узлов). Заживление послеоперационной раны происходило медленно, грануляции по краям раны были скудными, а края раны чаще покрывались налетом фибрина.

Абсцессы и флегмоны имеют затяжной характер течения, отличаются обширностью поражения мягких тканей, характеризуются выраженной инфильтрацией подлежащих тканей, гиперемией кожных покровов, наличием на коже единичных или множественных свищей и даже дефектов кожных покровов, через которые видны обнаженные участки кости и выделяется гнойное содержимое, а также характеризуются присутствием гнойно-некротических очагов. Следует помнить о том, что абсцессы и флегмоны челюстно-лицевой области и шеи у наркозависимых больных имеют затяжной и прогрессирующий характер течения и очень плохо поддаются лечению. По данным архивного материала ОГВЗ мягких тканей челюстно-лицевой области и шеи, у больных, употребляющих наркотик «винт», в 3–4 % случаев клиническое течение осложняется хроническим сепсисом. В проведенных исследованиях осложнений в виде хронического сепсиса не было.

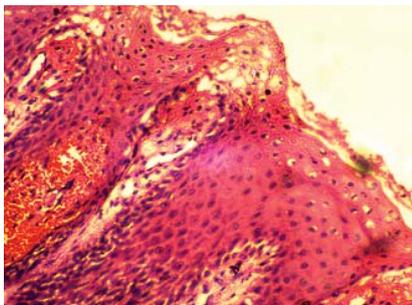


Рис. 7.1. Гиперплазия эпидермиса с тромбозом капилляров и имbibцией эритроцитами подлежащих тканей. Окраска гематоксилин-эозином. Ув. 10 ×/0,25.

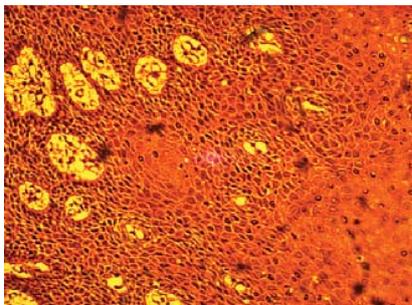


Рис. 7.2. Гиперплазия эпидермиса кожи с дисплазией базальноклеточного эпителия. Выраженный клеточный полиморфизм. Дисплазированные базальные клетки с гиперхромными ядрами полигональной формы. Окраска гематоксилин-эозином. Ув. 4 ×/0,12.

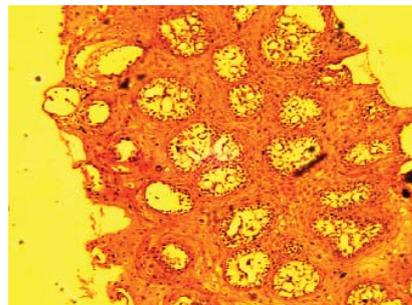


Рис. 7.3. Ангиоматоз эпидермиса. Изъязвления поверхностных слоев эпидермиса, нарушение его слоистости. Окраска гематоксилин-эозином. Ув. 4 ×/0,12.

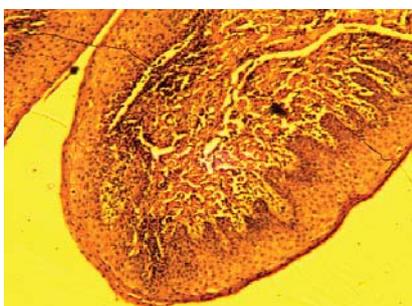


Рис. 7.4. Начальная стадия формирования свищевого хода. Окраска гематоксилин-эозином. Ув. 4 ×/0,12.

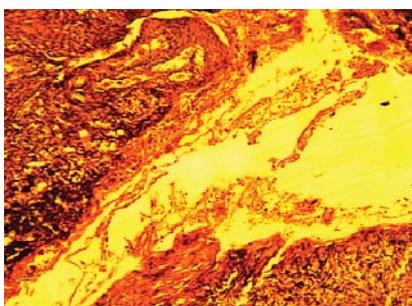


Рис. 7.5. Сформированный свищевой ход с ангиоматозом в эпидермисе. Выраженная воспалительная инфильтрация. Окраска гематоксилин-эозином. Ув. 10 ×/0,25.

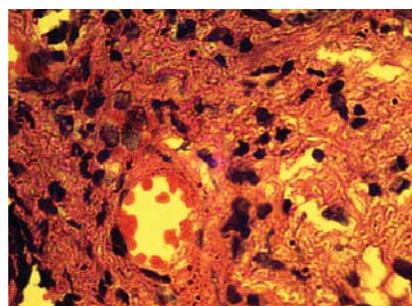


Рис. 7.6. Сосуд в начальной стадии тромбоза. Начало прилипания эритроцитов. Окраска гематоксилин-эозином. Ув. 40 ×/0,65.

Лечение хронических или обострившихся хронических периодонтитов у больных, употребляющих наркотик «винт», заключается в хирургическом лечении – удалении причинного зуба. Консервативное лечение хронических периодонтитов неэффективно.

Лечение острых гнойных периоститов у больных, употребляющих наркотик «винт», заключается в удалении причинного зуба и вскрытии гнойного очага, находящегося под периостом. Если гнойно-воспалительный очаг ранее уже вскрылся самостоятельно, то необходимо его широкое раскрытие для обеспечения беспрепятственного оттока гнойного содержимого.

При проведении секвестрэктомии у больных, употребляющих наркотик «винт», часто можно обнаружить, что у них имеются обширные участки оголенной кости (верхне- или нижнечелюстной кости) мутного или грязно-серого (грязно-желтого) цвета (рис. 4).

При удалении секвестра часто обнаруживается хрупкая кость, которая легко ломается во время проведения операции (в местах перелома секвестра костные кровеносные сосуды отсутствуют). Четко определяется «муфтаобразной» периостальной реакцией вокруг нижнечелюстной кости (рис. 5).

Секвестры при удалении имеют нежизненный («мраморный») вид из-за отсутствия в ней костных сосудов (рис. 6).

Секвестры могут быть настолько обширными, что захватывают всю нижнечелюстную кость (рис. 7).

При проведении секвестрэктомии хирургу необходимо удалить всю нежизнеспособную костную ткань до тех участков, пока не обнаружатся (не единичные, а множес-

твенные!) разного калибра функционирующие костные кровеносные сосуды. Впоследствии следует закрыть костный дефект местными мягкими тканями.

Послеоперационные раны (после вскрытия гнойных лимфаденитов, абсцессов и флегмон) имеют вялое заживление, раны медленно заполняются вялыми единичными грануляциями, которые пропитаны серозно-гнойным экссудатом. Нередко края послеоперационных ран разведены, и через открытые раны мягких тканей обнажается костная ткань челюсти, которая имеет желтый цвет и покрыта серозно-слизистым экссудатом. Края кожи послеоперационных ран рыхлые, гиперемированы, истончены, легко разрываются при натяжении, частично некротизированы.

При патоморфологическом изучении иссеченных во время проведения операции секвестрэктомии участков кожи, слизистой оболочки, свищевых ходов и костной ткани (секвестров и рядом расположенных неотторгнувшихся участков костной ткани) обнаруживаются множественные изменения во всех исследуемых тканях.

В коже наблюдается тромбоз сосудов разного калибра во всех слоях патологического очага (рис. 7.1).

Наблюдается гиперплазия эпидермиса кожи с дисплазией базальноклеточного эпителия. Эти изменения наблюдаются на фоне выраженного клеточного полиморфизма. Дисплазированные базальные клетки имеют гиперхромные ядра полигональной формы (рис. 7.2). На этом фоне возможно в дальнейшем появление базиломы или базальноклеточной формы рака кожи. В эпидермисе отмечаются ангиоматоз, одиночные и множественные изъязвления поверхностных слоев эпидермиса, на-

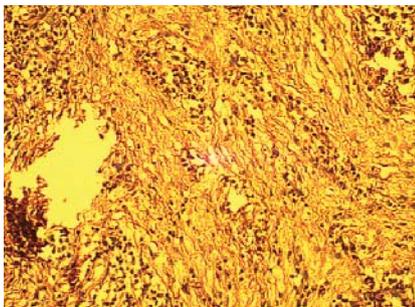


Рис. 7.7. Рыхлая грануляционная соединительная ткань. Отек и воспаление ткани. Окраска гематоксилин-эозином. Ув. $4 \times / 0,12$.

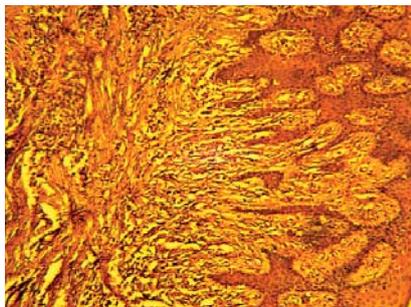


Рис. 7.8. Сформировавшаяся зрелая грануляционная соединительная ткань при сохраняющемся воспалении в базальных отделах слизистой оболочки. Окраска гематоксилин-эозином. Ув. $4 \times / 0,12$.

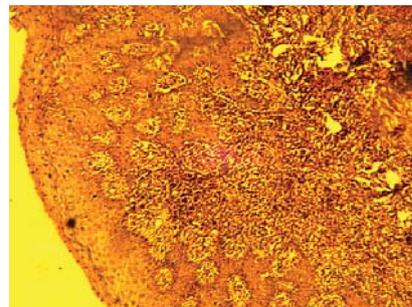


Рис. 7.9. Гнойное воспаление подслизистого и базальных отделов слизистой оболочки с абсцедированием. Окраска гематоксилин-эозином. Ув. $4 \times / 0,12$.

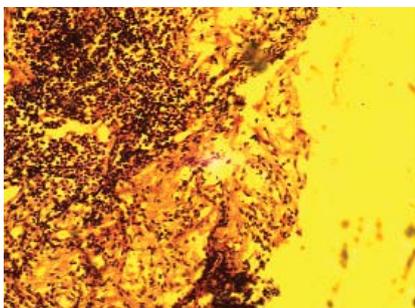


Рис. 7.10. Воспалительная инфильтрация мягких тканей лимфоцитами. Окраска гематоксилин-эозином. Ув. $4 \times / 0,12$.

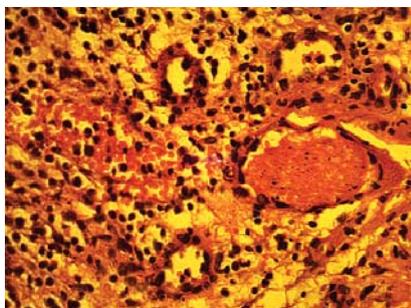


Рис. 7.11. Костная ткань. Тромбоз сосуда. Выраженная лейкоцитарная инфильтрация. Окраска гематоксилин-эозином. Ув. $10 \times / 0,25$.

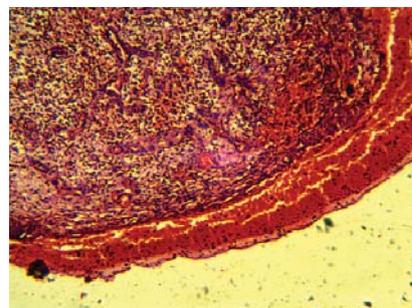


Рис. 7.12. Костная ткань. Ангиоматоз. Формирование фиброзной ткани (выздоровление). Начальная стадия регенерации, формирование костной мозоли. Окраска гематоксилин-эозином. Ув. $4 \times / 0,12$.

рушение его слоистости (рис. 7.3). В результате этого возникает опасность появления язв, а в дальнейшем и кровотечений.

В иссеченных участках кожи в области послеоперационных ран обнаруживаются участки начала формирования свищевых ходов (рис. 7.4), а также уже сформированные свищевые ходы с ангиоматозом в эпидермисе на фоне выраженной воспалительной инфильтрации (рис. 7.5).

В иссечаемых при проведении операции секвестрэктомии участках слизистых оболочек, расположенных вокруг обнаженных альвеолярных отростков челюстных костей, часто обнаруживаются сосуды в начальной стадии тромбоза (рис. 7.6). Выявляются множественные очаги рыхлой грануляционной соединительной ткани с явлениями отека и воспаления (рис. 7.7). Сформировавшаяся зрелая грануляционная соединительная ткань обнаруживается при сохраняющемся воспалении в базальных отделах слизистой оболочки (рис. 7.8). Нередко обнаруживаются очаги гнойного воспаления в подслизистом и базальном отделах слизистой оболочки с явлением абсцедирования. Вокруг гнойных очагов имеется воспалительная инфильтрация мягких тканей лимфоцитами (рис. 7.9–7.10). Лейкоциты инфильтрируют мягкие ткани в большом количестве. Отмечается хроническая лейкоцитарная инфильтрация, которая представлена сегментоядерными и палочкоядерными полиморфными лейкоцитами.

В костной ткани обнаруживаются множественные очаги тромбоза сосудов разного калибра (рис. 7.11) с наличием выраженной лейкоцитарной инфильтрации и имbibической крови за пределы сосудистой стенки. В костной ткани также выявляются сосуды, в которых гемо-

сидерофаги лизируют тромбы. Таким образом, осуществляется биологический эритроцитарный фагоцитоз. В дальнейшем наблюдается формирование костной мозоли в начальной стадии регенерации, т. е. образуется фиброзная ткань (рис. 7.12).

Таким образом, лечение хронических или обострившихся хронических периодонтитов у больных, употребляющих наркотик «винт», заключается в хирургическом лечении – удалении причинного зуба. Лечение острых гнойных периоститов у больных, употребляющих наркотик «винт», заключается в удалении причинного зуба и вскрытии гнойного очага, находящегося под периостом. Если гнойно-воспалительный очаг ранее уже вскрылся самостоятельно, то необходимо его широкое раскрытие для обеспечения беспрепятственного оттока гнойного содержимого. При проведении секвестрэктомии при хроническом одонтогенном остеомиелите у больных, употребляющих наркотик «винт», необходимо удалить всю нежизнеспособную костную ткань (секвестры) до появления участков кости с наличием функционирующих костных кровеносных сосудов. Впоследствии следует закрыть костный дефект местными мягкими тканями.

ВЫВОДЫ

Разработанные схемы комплексного лечения одонтогенных гнойно-воспалительных заболеваний мягких тканей челюстно-лицевой области и шеи у больных, употребляющих наркотик «винт», способствуют более быстрой ликвидации гнойно-воспалительного процесса (по сравнению с традиционным лечением) и улучшают заживление послеоперационных гнойных ран, что сокращает сро-

ки лечения больных с гнойными лимфаденитами (на 4–5 дней), абсцессами (на 5–6 дней) и флегмонами (на 8–9 дней), и позволяют избежать развития такого грозного гнойно-воспалительного осложнения, как хронический сепсис (при традиционном лечении хронический сепсис у подобных больных встречался в 3,5 % случаев).

Предложенные схемы лечения сокращают возникновение местных послеоперационных воспалительных осложнений в 3–4 раза (в зависимости от нозологической формы и предлагаемого метода лечения). Первичные и вторичные швы у данной категории больных использовать не рекомендуется.

ЛИТЕРАТУРА

1. Тимофеев А.А., Дакал А.В. Особенности местного лечения гнойных лимфаденитов челюстно-лицевой области и шеи у лиц, употребляющих наркотические препараты // Современная стоматология. – 2007. – № 4 (40). – С. 100–104.
2. Тимофеев А.А., Дакал А.В. Особенности лечения гнойных ран мягких тканей челюстно-лицевой области и шеи. «Збірка наукових праць Інституту стоматології НМАПО ім. П.Л. Шупика». – Київ, 2008. – Вип. № 3. – С. 9–13.
3. Тимофеев О.О., Вітковська С.В., Дакал А.В. Лікування хворих із гнійно-запальними процесами м'яких тканин. Збірка тез «Підсумки та перспективи розвитку стоматології і щелепно-лицевої хірургії». – Харків, 2008. – С. 83–84.
4. Тимофеев О.О., Вітковська С.В., Ковальов М.В., Дакал А.В., Савчук Н.С., Гайдамака Н.В. Подальші перспективи в обстеженні й лікуванні хворих з одонтогенними гнійно-запальними процесами м'яких тканин. Матеріали ІІІ (Х) з'їзду Асоціації стоматологів України «Інноваційні технології – у стоматологічну практику». – Полтава, 2008. – С 331.
5. Тимофеев А.А., Дакал А.В. Использование современных препаратов для местного лечения гнойных ран у наркозависимых больных с одонтогенными абсцессами // Современная стоматология. – 2008. – № 4 (44). – С. 95–101.
6. Тимофеев А.А., Дакал А.В., Кишковская Е.Н. Клиническое течение одонтогенных воспалительных заболеваний челюстей и мягких тканей у больных наркоманией // Современная стоматология. – 2009. – № 1 (45). – С. 94–98.
7. Тимофеев А.А., Дакал А.В. Местное лечение одонтогенных флегмон у наркозависимых больных // Современная стоматология. – 2009. – № 2 (46). – С. 80–84.
8. Тимофеев А.А., Дакал А.В. Местное лечение гнойных ран у наркозависимых больных с одонтогенными абсцессами «Збірка наукових праць співробітників НМАПО ім. П.Л. Шупика». – Київ, 2009. – Вип. 18, книга 1. – С. 321–326.
9. Тимофеев А.А., Клиническое течение гнойно-воспалительных заболеваний челюстей и мягких тканей челюстно-лицевой области у больных, употребляющих наркотик «винт» // Современная стоматология. – 2010. – № 1 (50). – С. 96–102.

НОВОСТИ • НОВОСТИ

ВО ВСЕМ ВИНОВАТЫ СТОМАТОЛОГИ

Анатомы и палеопатологи из университета Цюриха проанализировали исследования более чем 3 тыс. египетских мумий, проведенные за последние 30 лет. Результаты первого полного медицинского осмотра, в котором изучались данные исследований, начиная с 1977 года, когда впервые для этих целей была применена компьютерная томография, опубликованы в журнале «Comparative Human Biology». Снимки мумий древних египтян позволили выявить впечатляющий букет болезней. Чаще всего встречались заболевания костей, воспаления и травмы, но больше всего, считает профессор Франк Рули, руководитель проекта по изучению мумий в университете Цюриха, египтяне мучились от болезней зубов.

«Мы нашли великое множество самых разных стоматологических дефектов и заболеваний, – рассказывает Франк Рули. – Возможно, причина в том, что зубы являются одной из наиболее хорошо сохраняющихся частей организма человека. Но я думаю, что во всем виноваты египетские дантисты, которые работали спустя рукава.» В плохом состоянии зубов египтян, считают швейцарские ученые, виноваты песок и пыль, постоянно попадавшие вместе с едой в рот. Мельчайшие песчинки быстро стирали эмаль и нередко вызывали серьезные абсцессы, порой приводившие даже к смертельному исходу.

Стоматологи пользовались в Древнем Египте большим почетом. Первое упоминание о дантистах, почитавших бога Птаха, относится к Старому царству. Самым древним стоматологом историки считали лекаря и писца Хеси-Ре, жившего примерно 4,5 тыс. лет назад. О развитии стоматологии в Древнем Египте много говорит запись, сделанная Геродотом во время поездки в страну пирамид. В одном из своих трудов он назвал поименно более полусотни египетских дантистов. В отличие от остальных врачей стоматологии в Древнем Египте были больше теоретиками, нежели практиками. Древние дантисты внимательно изучали заболевания зубов и подробно их описывали. Они старались предотвратить, а не вылечить болезнь.

Для ухода за зубами древние египтяне пользовались разными средствами. Для придания свежести дыханию они, например, жевали состав, изготовленный на основе мирры и природного антибиотика – меда. Пломбы египетские дантисты делали из смолы, которую смешивали с мелко размолотым малахитом, тоже, как известно, обладающим антисептическими свойствами. Известно, что уже за две тысячи лет до нашей эры египтяне чистили зубы смесью пемзы и уксуса. Такая паста хорошо очищала зубы и освежала полость рта, но быстро стирала эмаль и вызывала кариес.

Несколько лет назад австрийский профессор Герман Харрауэр, один из наиболее авторитетных специалистов по Древнему Египту и главный куратор коллекции папирусов Национальной библиотеки в Вене, нашел в подвале венского музея папирус. Надпись на нем была сделана на древнегреческом языке. Выцветшими черными чернилами, изготовленными из сажи, гуммиарабика и воды, на папирусе был записан состав для изготовления «порошка, способного придавать зубам белизну». Египетская зубная паста состояла из одной драхмы (3,89 г) соли, двух драхм (7,8 г) мяты, 20 гранов (1,2 г) перца и одной драхмы высушенных цветов ириса. Кстати, современные медики лишь совсем недавно открыли целебные свойства ириса для десен и вновь начали добавлять его в зубную пасту. Все это размальвалось и тщательно перемешивалось. При соединении со слюной порошок превращался в зубную пасту. Судя по объемам ингредиентов, ее хватало всего на одну чистку зубов, так что каждое утро приходилось делать свежее средство. Хайнц Ньюман, дантист из Вены, изготовил пасту по египетскому рецепту и даже рискнул почистить ею зубы. Результатом он остался вполне доволен.

Источник: Medexpert.org.ua

НОВОСТИ • НОВОСТИ

**Лидер продаж
в Германии**
(лето-осень 2007 года!)

DS

easy-graft™



Остеокондуктивный резорбируемый материал на основе β -трикальций фосфата производства швейцарской компании DS-Dental



easy-graft™ – гранулированный, биосовместимый, 100% резорбируемый, бета-три-кальций фосфат, материал высокой чистоты, для заполнения дефектов костной ткани.



easy-graft™ – основное преимущество:

Перед употреблением гранулы смешиваются в специальном стерильном шприце с жидкостью Bio-Linker, после чего материал становится пластичным и предельно удобным для манипулирования. Доставляется к месту применения непосредственно из шприца. После контакта с ротовыми жидкостями (кровь, суллярная жидкость) затвердевает и остается на месте применения, что значительно облегчает процедуру паковки материала и ушивания раны. Обеспечивает лучшие долговременные результаты в сравнении с аналогами. Не требует мембраны.



easy-graft™ рекомендован для:

- немедленной имплантации (легко вносится, уплотняется и затвердевает вокруг импланта);
- лечения периимплантантных дефектов;
- лечения патологических костных карманов в тканях пародонта;
- для замещения дефектов при операциях цистэктомии и апексэктомии;
- открытого и закрытого синус-лифтинга;
- наращивания (аугментации) альвеолярного отростка на верхней и нижней челюстях (для предотвращения атрофии альвеолярного отростка после экстракции зубов рекомендована другая модификация материала – Root Replica).



Сверхпористые гранулы размером 500 – 630 микрон и 500 – 1000 микрон, покрытые 10 микронной оболочкой ПЛГК (Полилактоидной – со – Полигликоидной кислотой).

easy-graft™ – пример лечения патологических костных карманов:

- шаг первый: вскрыйте полость;
- шаг второй: очистите пародонтальные карманы;
- шаг третий: заполните дефект Easy-graft™;
- шаг четвертый: ушейте рану.

Код	Наименование	Ед. изм.	Условная цена
C11-011	Easy-graft™ 150, набор из 1 имплантанта, 500-630 мкм, 0,15 мл	упак.	64,50 €
C11-012	Easy-graft™ 150, набор из 3 имплантантов, 500-630 мкм, 3x0,15 мл	упак.	178,00 €
C11-012	Easy-graft™ 150, набор из 6 имплантантов, 500-630 мкм, 6x0,15 мл	упак.	329,200 €
C11-001	Easy-graft™ 400, набор из 1 имплантанта, 500-1000 мкм, 0,4 мл	упак.	97,50 €
C11-002	Easy-graft™ 400, набор из 3 имплантантов, 500-1000 мкм, 3x0,4 мл	упак.	269,00 €

Свидетельство Государственной Регистрации МЗ Украины №6558/2007 от 31.05.07. / Оплата в гривнах по курсу межбанка Украины на момент оплаты.



Эксклюзивный представитель DS Dental в Украине – Дентальное Депо «СТАМИЛ»
Degradable Solutions AG, Wagistrasse 23, 8952 Schlieren, Switzerland. © 2007

Главный офис:
02132, г. Киев, ул. Садовая, 191, дом 2
тел./факс: (044) 573-97-30/60, 573-98-78

Лукьяновское отделение:
04116, г. Киев, ул. Бердичевская, 1
тел./факс: (044) 455-99-57

**DS
DENTAL**

www.stamil.ua, e-mail: info@stamil.ua