

контроля знаний по специальности «Челюстно-лицевая хирургия и хирургическая стоматология»

# СОВРЕМЕННАЯ СТОМАТОЛОГИЯ И ЗУБНОЕ ПРОТЕЗИРОВАНИЕ

# СТОМАТОЛОГИЯ



Персональные страницы  
 О журнале  
 Современная стоматология  
 О журнале  
 Зубное протезирование

Новости | Современная стоматология | Зубное протезирование | Реклама в журналах | Реклама на сайте

Каталог Стоматология | Стоматологический форум | Объявления | Поиск на сайте | Письмо в редакцию | О нас | Вход

## VIP-страницы

» А.А. Тимофеев  
 » ROCS

## Реклама

MPT Philips  
 1.5T в Киеве

Без очередей. Реальная цена.  
 Запись on-line - 5%скидка!

dr-spin.com



Реклама от Google

Хирургия

Ткани

## Разделы журналов

СОВРЕМЕННАЯ  
 СТОМАТОЛОГИЯ

■ Терапевтическая  
 стоматология

Суббота, 22 Октября 2016 | 21:25:15

## Клиническое течение одонтогенных воспалительных заболеваний челюстей и мягких тканей у больных наркоманией

А.А. Тимофеев, А.В. Дакал, Е.Н. Кишковская

Институт стоматологии НМАПО им. П.Л. Шупика

**Резюме.** В представленной статье даются материалы по особенностям клинического течения воспалительных заболеваний челюстей и мягких тканей околичелюстной области у наркозависимых больных. Указаны особенности лечения этих воспалительных процессов у больных с наркоманией, возможности развития осложнений.

**Ключевые слова:** наркомания, периодонтит, периостит, остеомиелит, абсцессы, флегмоны.

Гнойные воспалительные процессы – это одна из сложнейших проблем современной медицины. Их локализация в челюстно-лицевой области (ЧЛО) составляет от 40 до 60 % от общего количества хирургических стоматологических заболеваний. Наибольшее внимание привлекают острые одонтогенные воспалительные заболевания, так как 83–98 % всех острых воспалительных заболеваний ЧЛО связаны с наличием «причинного» зуба, явившегося входными воротами для начала развития воспалительного процесса. Среди них особое место занимают одонтогенные флегмоны и абсцессы ЧЛО и шеи, количество которых за последние 20 лет возросло на 16 %. Соотношение абсцессов и флегмон составляет 4:1.

В последние годы в литературе все чаще отмечается не только увеличение заболеваемости в 1,6 раза, но и усугубление тяжести течения флегмонозных процессов, сопровождающихся выраженной эндогенной интоксикацией, в том числе характеризующихся молниеносным течением, которое нередко приводит к таким опасным для жизни осложнениям, как медиастенит, сепсис, тромбоз вен лица и синусов головного мозга, менингит и др. Количество летальных исходов больных с одонтогенными флегмонами увеличилось. Кроме того, все чаще встречаются атипичные формы клинического течения этих процессов, количество которых за последние десять лет возросло в два раза.

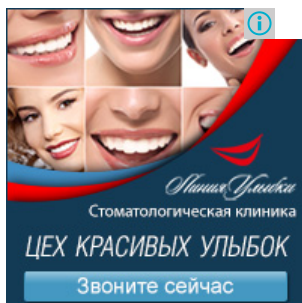
Атипичность течения одонтогенных гнойно-воспалительных процессов мягких тканей челюстно-лицевой области и шеи наблюдается прежде всего у больных, отягощенных наркоманией, или ВИЧ-инфицированных пациентов Тимофеев А.А.,

- Пародонтология
- Болезни слизистой оболочки полости рта
- Детская стоматология
- Хирургическая стоматология
- Имплантология
- Ортопедическая стоматология
- Ортодонтия
- Организация и обучение
- О журнале

## ЗУБНОЕ ПРОТЕЗИРОВАНИЕ

- Клинические аспекты
- Дентальные технологии
- Зуботехническая лаборатория
- О журнале

### Реклама



Реклама от Google

Ортодонтия

Кариес

2005, 2006 и др.), причем с увеличением срока наркозависимости усугубляется проявление гнойной инфекции. Употребление наркотических средств в Украине в нынешних условиях приобрело массовый характер. Учитывая, что наркоманы – это в основном молодой возраст, данное заболевание является угрозой для национальной безопасности. В связи с этим разработка, поиск и практическое внедрение любых лечебных мероприятий, дающих устойчивый клинический эффект, очень актуальны.

По данным Министерства здравоохранения Украины, по состоянию на 01.01.06 г. количество наркозависимых, пребывающих на диспансерном наркологическом учете, составляло 84325 человек (179,03 на 100 тыс. населения, 117,73 из которых – мужчины, 61,3 – женщины). Еще 32663 человека (69,35 на 100 тыс. населения) пребывали на профилактическом наркологическом учете. В целом, по состоянию на указанный период, на наркологическом учете состояли 117988 человек (248,4 чел. на 100 тыс. населения) (Вороненко Ю.В., Москаленко В.Ф., 2000). Однако МВД Украины считает, что количество больных наркоманией в 10–12 раз больше, чем зарегистрированных официально (Безпалько В.В., 2002; Тер-Асатуров Г.П., 2005).

Темпы распространения наркомании и ее последствий многие исследователи сравнивают с особо опасными инфекциями и в профессиональной терминологии не случайно относительно наркомании появляется понятие «эпидемия» и «пандемия», которые дают самое точное представление о характере и масштабах этого явления на современном этапе (Купрата В.Я., 2002; Murray-Lillibridge K., Barry J., Reagan S. et al., 2006 и др.).

Постоянный рост количества наркоманов в Украине, как и во всем мире, привел к их стремительному увеличению в общей структуре пациентов хирургических стационаров и обусловил ряд новых социально-экономических и медицинских проблем. Кроме того, с 1995 г. значительно возросло количество ВИЧ-инфицированных наркоманов. Их количество, по разным источникам, составляет от 14,77 до 38,7 % от общего числа наркозависимых.

По сообщению Краснослободского О.И. (2002), за период 1999–2000 гг. под наблюдением находились 658 больных-наркоманов. Мужчин – 71,1 %, женщин – 28,3 %. О подавляющем большинстве мужчин-наркоманов свидетельствуют и данные Бильцан О.В. и соавт. (2005). За период с 1992 по 2004 г. в клинике наблюдались 137 наркоманов-пациентов с гнойно-воспалительными процессами мягких тканей, из них 42 (30,7 %) женщины и 95 (69,3 %) мужчин. Соотношение женщин и мужчин составляло 1:2,26. Возраст пациентов колебался в пределах от 15-ти до 53-х лет, т. е. 93,4 % наркоманов-пациентов были людьми трудоспособного возраста, большинство из которых были в возрасте 25–34 года (50,4 %).

По данным Сидорова П.И. (2006), количество наркоманов увеличивается из года в год и за последние пять лет увеличилось в 3,5 раза. За последние десять лет численность смертей от употребления наркотиков увеличилась в 12 раз, а среди детей – в 42 раза. Наркомания «молодеет», подавляющее большинство наркоманов в возрасте от 13 до 25-ти лет. Как известно, наркомания способствует угнетению иммунной системы и снижению резистентности организма, что само по себе приводит к более частому развитию гнойно-воспалительных процессов у наркозависимых.

Причиной госпитализации наркоманов в хирургические стационары в 92 % случаев являются гнойно-септические осложнения (абсцесс, флегмона, лимфаденит, тромбофлебит и др.) и лишь 8 % обращаются за хирургической помощью по поводу травмы или урогенитной абдоминальной патологии. К тому же, гнойно-септические осложнения у 14 % наркоманов – это различные проявления сепсиса, которые требуют особого подхода в плане диагностики, предоперационной подготовки, радикальной хирургической операции первичного гнойного очага, интенсивной терапии в послеоперационном периоде.

Однако, невзирая на очевидную актуальность, проблеме гнойно-воспалительных заболеваний мягких тканей челюстно-лицевой области и шеи у наркозависимых посвящены лишь единичные работы, которые освещают отдельные фрагменты этой проблемы (Тимофеев А.А., 2005, 2006). В доступной отечественной и зарубежной литературе недостаточно освещены


## Информация

## » Словарь стоматологических терминов

## Архивы

## Архив публикаций журнала "Современная стоматология"

 Август, 2006

 Июль, 2006

 Июнь, 2006

 Май, 2006

 Апрель, 2006

 Март, 2006

 Февраль, 2006

 Январь, 2006

вопросы клинического течения одонтогенных гнойно-воспалительных заболеваний челюстей и мягких тканей у наркозависимых.

Своими наблюдениями за особенностями клинического течения острых одонтогенных заболеваний челюстей и мягких тканей у наркозависимых больных мы хотим поделиться в данной статье.

Периоститы у наркоманов чаще имеют острое или же обострившееся хроническое течение. Лишь у единичных больных выявляется хронический разреживающий периостит. Острые и обострившиеся формы периоститов характеризуются умеренно выраженным или вялотекущим клиническим течением. Отличительной особенностью является то, что слизистая оболочка альвеолярного отростка и переходной складки имеет застойно-синюшный вид, рыхлая, в области альвеолярного отростка обнаруживаются свищи со скудным гнойным содержимым. Сглаженности переходной складки, в привычном смысле этого слова, не обнаруживается, т. к. гнойное содержимое опорожняется через свищи, которые имеются в области альвеолярного отростка и при осложненном течении через свищи на коже (рис. 1). При надавливании на переходную складку через свищевые отверстия выделяется гнойное содержимое. Гиперпластических явлений со стороны периоста в традиционном смысле этого слова мы не наблюдали. Рентгенологическая картина при периостите соответствовала таковой у больных с периодонтитом (определяются остеопорозные очаги в челюсти).



Рис. 1. Свищи на коже поднижнечелюстной области у наркозависимых больных при осложненных формах периостита и остеомиелита (а, б).

Одонтогенные остеомиелиты челюстей у наркозависимых пациентов имеют особенности клинического проявления. На верхнечелюстной кости они характеризуются хроническим течением и обширностью поражения (разлитой или диффузный 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 (рис. 2), 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 (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 малоблезненна. 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. 2.** Внешний вид альвеолярного отростка верхней и нижней челюстей у наркозависимых больных с одонтогенным остеомиелитом (а, б).

Таким образом, особенностью одонтогенных остеомиелитов верхнечелюстных костей у наркозависимых пациентов является обширность поражения (диффузный характер), а также хронический, прогрессирующий и быстротекущий характер клинического течения, всегда присутствует обнажение костной ткани альвеолярного отростка, которая имеет нежизненный (тусклый, матовый, грязно-серый и др.) вид, характеризуется отсутствием грануляционной ткани в патологическом очаге, отсутствием выраженной гиперемии слизистой оболочки и наличием утолщения околочелюстных мягких тканей, их малой болезненностью. Для этих больных характерно неудовлетворительное заживление постэкстракционных ран и низкая эффективность проводимых общепринятых лечебных мероприятий.

Одонтогенный остеомиелит нижнечелюстной кости у наркоманов чаще протекает в хронической форме, а по распространенности может быть как ограниченным, так и очаговым, и разлитым (диффузным).

При ограниченной и очаговой формах хронического остеомиелита нижней челюсти при осмотре пациента через воспалительно-измененные мягкие ткани альвеолярного отростка виден обнаженный участок альвеолярного гребня в пределах одного или двух удаленных зубов, который имеет бледно-желтый, матовый, тусклый 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. Наличие очагов грануляционной ткани в воспалительных очагах обычно нет. На рентгенограммах определяются очаги разрежения костной ткани челюсти с формированием секвестров в сроки, которые на 1–2 недели превышают таковые, характерные для данной локализации при традиционном одонтогенном остеомиелите. Особенностью

рентгенологической картины остеомиелитов у наркозависимых пациентов является то, что остеомиелитические участки выявляются на фоне очагов остеопороза челюсти.

При разлитых формах хронического остеомиелита нижней челюсти участки обнаженной альвеолярной кости выходят за пределы трех и более зубов (рис. 2 и 5). 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 (с разными оттенками) цвет. Слизистая оболочка, окружающая участок обнаженной кости, бледно-розового цвета, без признаков гиперемии. Выявляются лишь единичные очаги наличия грануляционной ткани.

На рентгенограммах нижней и верхней челюстей на фоне очагов остеопороза определяются участки разрежения костной ткани различной величины с формированием секвестров (рис. 3 и 4). Сроки формирования секвестров у наркозависимых на 2–3 недели превышают таковые при традиционных формах.

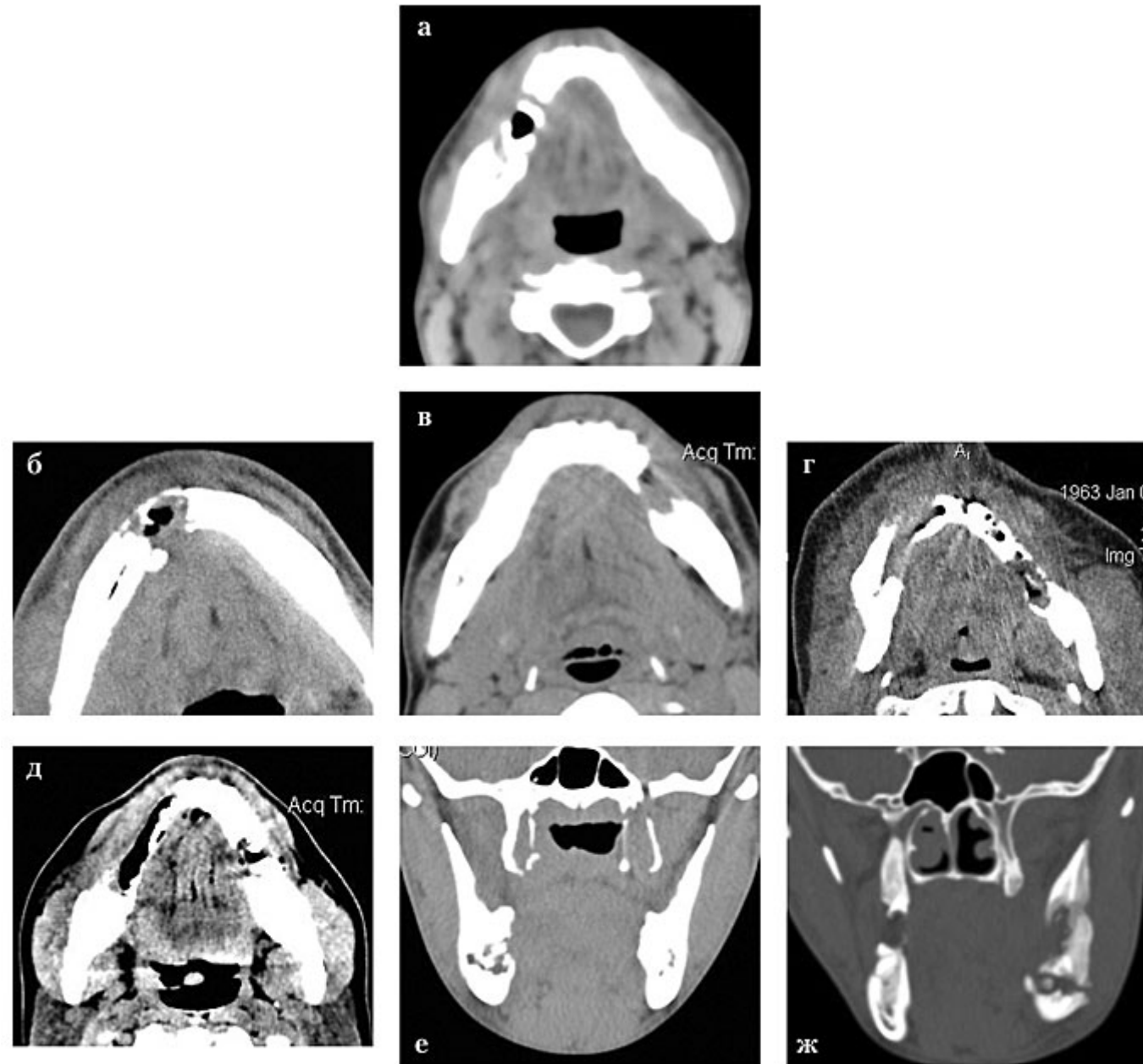
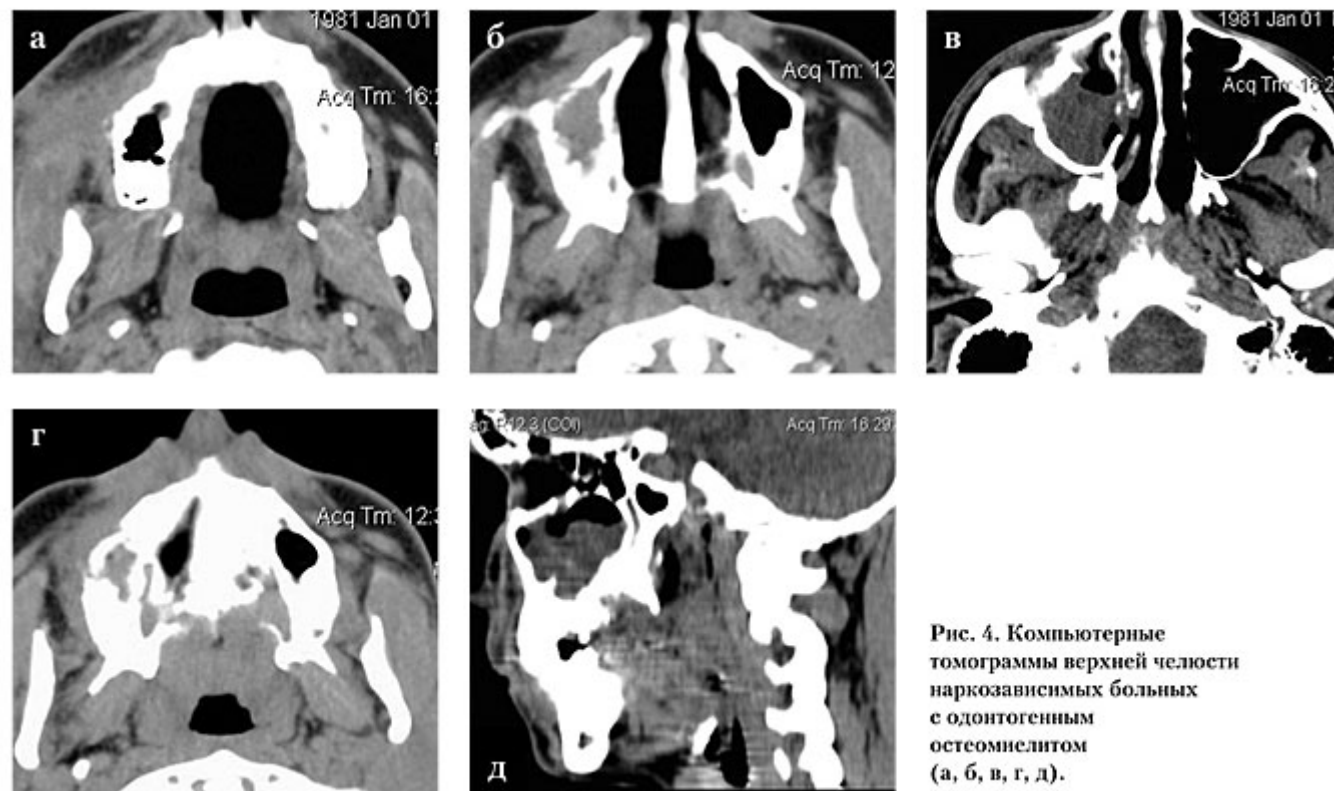
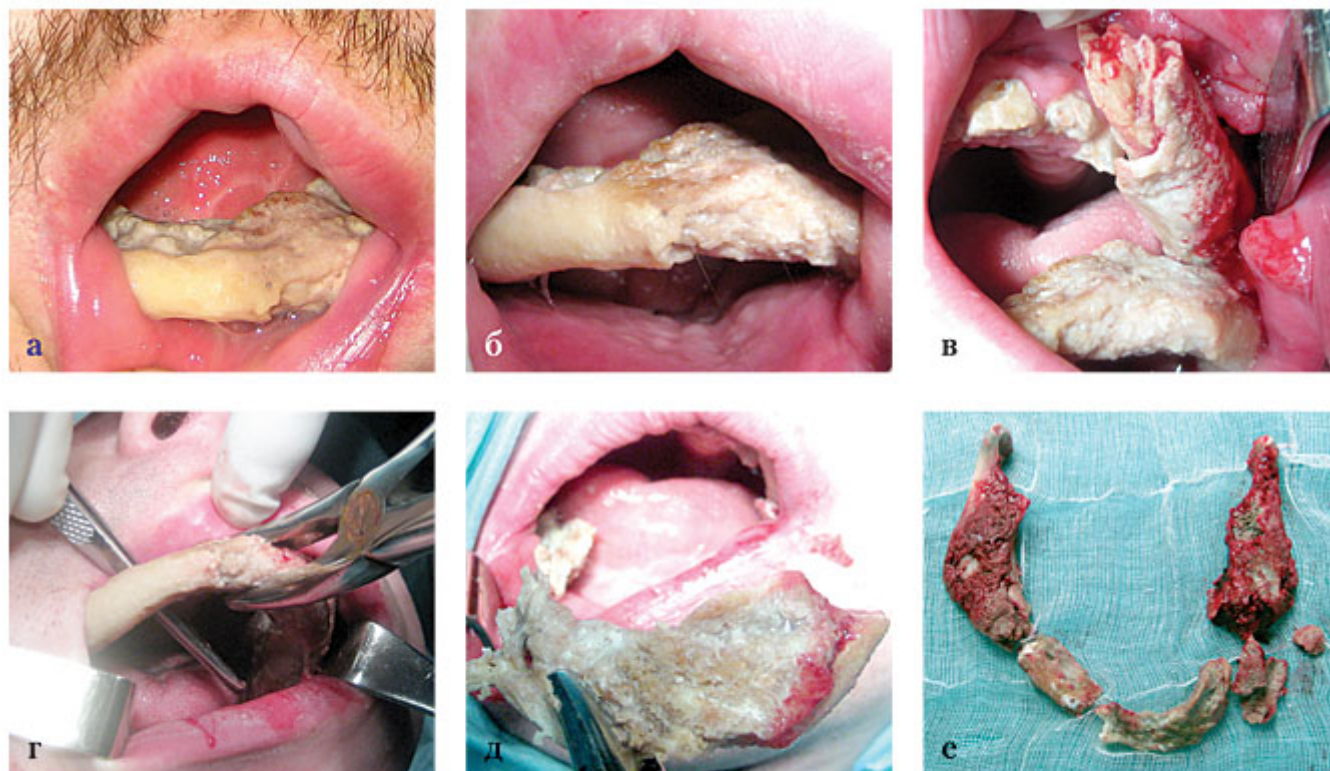


Рис. 3. На компьютерных томограммах нижней челюсти наркозависимых больных с одонтогенным остеомиелитом определяются очаги остеопороза различных размеров (а, б, в, г, д, е, ж).



**Рис. 4. Компьютерные томограммы верхней челюсти наркозависимых больных с одонтогенным остеомиелитом (а, б, в, г, д).**

При проведении секвестрэктомии часто можно обнаружить, что обширные участки кости мутного или грязно-серого (грязно-желтого) цвета не подверглись отторжению, и при скусывании кости последняя имеет нежизненный (мраморный) вид из-за отсутствия в ней костных сосудов (рис. 5). В этих случаях хирургу необходимо удалить нежизнеспособную костную ткань до тех участков, пока не будут обнаружены функционирующие костные сосуды, с последующим максимально возможным закрытием костного дефекта челюсти местными мягкими тканями.



**Рис. 5. Внешний вид наркозависимого больного с тотальным одонтогенным остеомиелитом нижней челюсти при его госпитализации (а, б) и на этапах проводимого лечения (в, г, д). Внешний вид секвестров нижней челюсти, которые были удалены во время операции секвестрэктомии у данного больного-наркомана (е).**

Таким образом, особенностью одонтогенных остеомиелитов челюстей у наркоманов являются прогрессирующий характер клинического течения и обширность поражения (диффузный характер). Всегда имеется обнажение костной ткани альвеолярного отростка (при ограниченных и очаговых формах – в пределах альвеолярного отростка одного-двух удаленных зубов, при разлитых – обнажение костной ткани альвеолярного отростка в области трех и более удаленных зубов). Обнаженная костная ткань имеет нежизненный (тусклый, матовый, грязно-серый и др.) вид, характеризуется отсутствием грануляционной ткани в патологическом очаге и выраженной гиперемии слизистой оболочки вокруг альвеолярного отростка челюсти, а также наличием утолщения околочелюстных мягких тканей и их малой болезненностью. На рентгенограммах нижнечелюстной и верхнечелюстной костей обнаруживаются не только участки разрежения костной ткани с формированием секвестров (различных размеров), но и очаги остеопороза в других (видимо здоровых) участках. У всех этих больных обязательно отмечается неудовлетворительное заживление постэкстракционных и послеоперационных ран, а также очень низкая эффективность проводимых лечебных мероприятий.

При осложнениях клинического течения хронических одонтогенных остеомиелитов челюстей нередко возникают абсцессы и флегмоны мягких тканей челюстно-лицевой области и шеи, которые у наркозависимых пациентов имеют свои особенности течения. 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, через которые выделяется гнойное содержимое, присутствием гнойно-



некротических очагов. Послеоперационные раны заживают вяло, 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.

Традиционное консервативное лечение послеоперационных ран недостаточно эффективно, поэтому в дальнейшем размеры воспалительно-измененных мягких тканей продолжают увеличиваться и на коже появляются новые свищевые ходы со скудным гноющим отделяемым, а также гнойно-некротические очаги. Для более эффективного лечения гнойно-воспалительных поражений мягких тканей челюстно-лицевой области и шеи на раневые поверхности следует применять мазевые повязки с офлокаином, мирамистином, нитацидом, стрептонитолом или пантестином. 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.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Беспалько В.В. Сучасний стан проблеми наркоманії в Україні та країнах СНД (аналітичний огляд) // Вісник соціальної гігієни та організація охорони здоров'я України. – 2002. – № 1. – С. 86–89.
2. Зріз наркотичної ситуації в Україні // Главный врач. – 2006. – № 7. – С. 30–36.
3. Купрата В.Я. Україна – США: різні підходи та методи лікування і профілактики наркоманії // Інфекційні хвороби. – Тернопіль, 2002. – № 3. – С. 65–66.
4. Соціальна медицина і організація охорони здоров'я; під ред. Ю.В. Вороненка, В.Ф. Москаленка. – Тернопіль: Укрмедкнига, 2000. – 676 с.
5. Тер-Асатуров Г.П. Некоторые вопросы патогенеза одонтогенных флегмон // Стоматология. – 2005. – № 1. – С. 20–27.
6. Тимофеев А.А. Основы челюстно-лицевой хирургии. – М.: «Медицинское информационное агентство», 2007. – 696 с.
7. Тимофеев А.А. Особенности клинического течения одонтогенных воспалительных заболеваний челюстей и мягких тканей у больных наркоманией и ВИЧ-инфицированных // Современная стоматология. – 2006. – № 2. – С. 88–95.
8. Epidemiological findings and medical, legal, and public health challenges of an investigation of severe soft tissue infections and deaths among injecting drug users / Murray-Lillibridge K., Barry J., Reagan S. et al. // Epidemiol. Infect. – 2006. – Vol. 134, № 4. – P. 894–901.

## КЛІНІЧНИЙ ПЕРЕБІГ ОДОНТОГЕННИХ ЗАПАЛЬНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ ЩЕЛЕП І М'ЯКИХ ТКАНИН У ХВОРИХ НА НАРКОМАНІЮ

*О.О. Тимофеев, А.В. Дакал, К.М. Кішківська*

**Резюме.** У даній статті подані матеріали про особливості клінічного перебігу запальних захворювань щелеп і м'яких тканин прищелепової ділянки у хворих на наркоманію. Указані особливості лікування цих запальних процесів у хворих з даною вадою, можливості розвитку ускладнень.

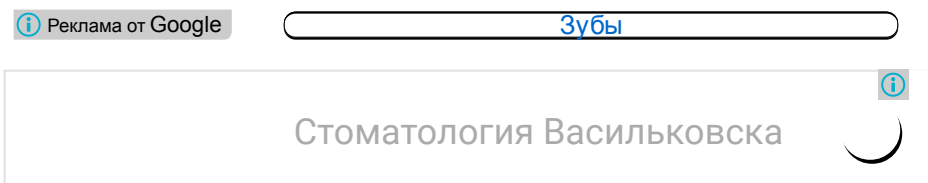
**Ключові слова:** наркоманія, періодонтит, періостит, остеомієліт, абсцеси, флегмони.

## CLINICAL FLOW OF ODONTOGENIC INFLAMMATORY DISEASES OF JAWS AND SOFT TISSUES FOR AN ILL WITH NARCOMANIA

*О. Tymofeyev, A. Dakal, K. Kishkovska*

**Summary.** In the introduced article the stuffs on features of clinical flow of inflammatory diseases of jaws and soft tissues for ill with narcomania. The features of treatment of these inflammatory processes for ill with narcomania, capability of development of complications are indicated. This article is supplemented by a illustrative stuff.

**Key words:** narcomania, periodonitis, periostitis, osteomyelitis, abscesses, phlegmones.



### Реклама

Опубликовано: 31.8.10 18:58 5806

### Читайте в этом разделе:

» Другие статьи раздела **Хирургическая стоматология**

#### **Самое читаемое из раздела Хирургическая стоматология:**

- » Современная технология местного обезболивания в стоматологии
- » Клиническое течение одонтогенных воспалительных заболеваний челюстей и мягких тканей у больных наркоманией
- » А.А. Тимофеев. Руководство по челюстно-лицевой хирургии и хирургической стоматологии
- » Использование современных препаратов для местного лечения гнойных ран у наркозависимых больных с одонтогенными абсцессами
- » Использование Фарингосепта для профилактики постэкстракционных воспалительных осложнений у больных с обострившимся хроническим периодонтитом
- » Применение иммунокорректирующей терапии рибомунилом в комплексном лечении больных с одонтогенными абсцессами мягких тканей челюстно-лицевой области и шеи
- » Местное лечение одонтогенных флегмон у наркозависимых больных
- » Метод изготовления и способ фиксации защитной небной пластинки при ураностафилопластики (уранопластике)

#### **Последнее из раздела Хирургическая стоматология:**

- » Современная технология местного обезболивания в стоматологии
- » Местное лечение одонтогенных флегмон у наркозависимых больных
- » Использование Фарингосепта для профилактики постэкстракционных воспалительных осложнений у больных с обострившимся хроническим периодонтитом
- » Клиническое течение одонтогенных воспалительных заболеваний челюстей и мягких тканей у больных наркоманией
- » Использование современных препаратов для местного лечения гнойных ран у наркозависимых больных с одонтогенными абсцессами
- » Метод изготовления и способ фиксации защитной небной пластинки при ураностафилопластики (уранопластике)

» А.А. Тимофеев. Руководство по челюстно-лицевой хирургии и хирургической стоматологии  
» Применение иммунокорректирующей терапии рибомунилом в комплексном лечении больных с одонтогенными абсцессами мягких тканей челюстно-лицевой области и шеи

- ✕ Перевести в страницу для печати
- ✕ Послать ссылку на статью

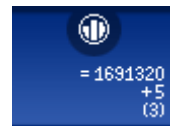
### Комментарии

Реклама:

**Stomatology.org.ua – интернет-сообщество стоматологов Украины**

### RSS экспорт новостей

Сайт публикует статьи из журналов "Современная стоматология" и "Зубное протезирование".  
Любая републикация этих статей возможна лишь с разрешения правообладателя.  
Copyright © AdverMAN, 2005-2011



## Новости Украины. Здоровье. Технологии и наука

Стоматология. Современная стоматология и зубное протезирование. Для стоматологов и зубных техников. О стоматологах и зубных техниках. Стоматологическая техника, технологии, материалы.

стоматология :: детская стоматология :: институт стоматологии :: стоматология цены :: стоматология круглосуточная :: центр стоматологии :: эстетическая стоматология :: стоматология ортопедическая :: стоматология клиника :: стоматология дента :: центральный институт стоматологии :: стоматология работа :: центр эстетической стоматологии :: стоматология протезирование :: терапевтическая стоматология :: цнии стоматологии :: доктор стоматология :: нии стоматологии :: стоматология форум :: институт стоматологии :: хирургическая стоматология :: стоматология зубов :: научно исследовательский институт стоматологии :: новое стоматологии :: центральный исследовательский институт стоматологии :: стоматология отзыв :: стоматология мастер :: центральный научно исследовательский институт стоматологии :: стоматология материалы :: стоматология наркоз :: стоматология мастер дент :: лазерная стоматология :: цнии стоматологии :: современная стоматология

Интернет-реклама. Реклама в интернете. | Продвижение сайтов | Раскрутка | Создание сайтов  
Промышленность | Строительство | Бизнес | Медицина | Отдых и путешествия, туризм | Новости Украины | Мания | Безопасность

Создание и поддержка сайта – AdverMAN