

КЛИНИЧЕСКОЕ ТЕЧЕНИЕ ГНОЙНО-ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ЧЕЛЮСТЕЙ И МЯГКИХ ТКАНЕЙ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ У БОЛЬНЫХ, УПОТРЕБЛЯЮЩИХ НАРКОТИК «ВИНТ»

А.А. Тимофеев, А.В. Дакал

Институт стоматологии НМАПО им. П.Л. Шупика

Резюме. В статье даются материалы по особенностям клинического течения воспалительных заболеваний челюстей и мягких тканей околочелюстной области у больных-наркоманов. На основании полученных данных установлено, что гнойно-воспалительные заболевания челюстей и мягких тканей у лиц, употребляющих наркотик «винт», имеют особенности клинического проявления, которые характеризуются: затяжным (хроническим) и рецидивирующим характером течения, диффузным поражением, оголением альвеолярного отростка челюстей, недостаточно клинически выраженными репаративными процессами в области патологического очага, рентгенологически остеомиелитические участки поражения челюсти выявляются на фоне очагов остеопороза и др.

Ключевые слова: наркомания, наркотики, периодонтит, периостит, остеомиелит, лимфаденит, абсцессы, флегмоны.

КЛІНІЧНИЙ ПЕРЕБІГ ГНІЙНО-ЗАПАЛЬНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ ЩЕЛЕП І М'ЯКИХ ТКАНИН ЩЕЛЕПНО-ЛИЦЬОВОЇ ДІЛЯНКИ У ХВОРИХ, ЯКІ ВЖИВАЮТЬ НАРКОТИК «ВИНТ»

О.О. Тимофеев, А.В. Дакал

Резюме

У статті подані матеріали про особливості клінічного перебігу запальних захворювань щелеп і м'яких тканин прищелепової ділянки у хворих на наркоманію. На основі отриманих даних установлено, що гнійно-запальні захворювання щелеп і м'яких тканин у людей, які вживають наркотик «винт», мають певні особливості клінічного прояву та характеризуються затяжним (хронічним) рецидивуючим типом перебігу, дифузним ураженням, оголенням альвеолярного паростка щелеп, недостатньо клінічно виразними репаративними процесами в ділянці патологічного вогнища; рентгенологічно остеомиелітичні ураження щелеп виявляються на фоні вогнищ остеопорозу й ін.

Ключові слова: наркоманія, наркотики, періодонтит, периостит, остеомиеліт, лімфаденіт, абсцеси, флегмони.

CLINICAL COURSE OF PURULENT INFLAMMATORY DISEASES OF THE JAWS AND SOFT TISSUES OF THE MAXILLOFACIAL AREA IN PATIENTS USING «VINT» DRUG

A. Tymofiev, A. Dakal

Summary

The article represents the data regarding patterns of the clinical course of purulent inflammatory diseases of the jaws and soft tissues of the maxillofacial area in patients addicted to drugs. Based on the findings we have established that purulent inflammatory diseases of the jaws and soft tissues in patients using «Vint» drug have specific clinical manifestations characterized by lingering (chronic) and recurrent course, diffuse affection, denudation of the alveolar process, lack of repair processes in the pathology focus, osteomyelitis affected sites of the jaws against osteoporosis focuses emerged in X-ray examination, etc.

Key words: drug addiction drugs, periodontitis, periostitis, lymphadenitis, abscesses, phlegmons.

В последние годы врачам-стоматологам все чаще приходится сталкиваться с нетипичными формами клинического течения воспалительных заболеваний челюстей. Эти атипичные формы воспалительных процессов челюстных костей характерны для людей, которыеотягощены наркоманией. Понятия «наркомания», «наркотики», «наркоман» стали частью жизни человечества и особой проблемой во второй половине XX века. Еще в XIX веке, когда опиум и гашиш были хорошо известны просвещенной Европе, таких понятий не существовало. Использование наркотиков ассоциировалось в сознании общества исключительно со сферой медицины, наркотики были медикаментами. Постепенно, на рубеже веков, они перекочевали в места обитания богемы, в артистические салоны и гостиные, а далее – в бары, кабаки и мир шоу-бизнеса. Ни социальной, ни биологической проблемы в масштабах всего общества не было. Наркомания – результат последних десятилетий жизни общества, 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, а в ближайшие десятилетия принесет ущерб, превышающий все беды, которые только случались в истории человечества.

Наркомания (narcomania; нарко- + мания; син.: наркотизм, эйфорикомания) – общее название болезней, проявляющихся во влечении к постоянному приему в возрастающих количествах наркотических лекарственных средств и/или наркотических веществ вследствие стойкой психической и физической зависимости от них с развитием абстиненции при прекращении их приема; приводит к глубоким изменениям личности и

другим расстройствам психики, а также к нарушениям функций внутренних органов («Энциклопедический словарь медицинских терминов», Москва, издательство «Советская энциклопедия», 1983, том 2).

Для того чтобы определить вещество, которое можно отнести к наркотикам, следует помнить, что к нему должны предъявляться следующие критерии: способность вызывать эйфорию; способность вызывать психическую или физическую зависимость; их регулярное употребление должно оказывать существенный вред психическому или физическому здоровью; возможность и опасность широкого распространения этих веществ среди населения; употребление этих веществ не должно быть традиционным в отдельных человеческих культурах (например, курение, алкоголь).

Отмечаются случаи злоупотребления героином в 10–12-летнем возрасте. Средний возраст токсикомана 8–12 лет (омоложение наркотизма). Средний возраст сегодняшних наркоманов 20–25 лет. Наркомания поражает молодых людей, но в своем росте распространяется в направлении еще большего омоложения. Это угроза генофонду, т. к. при сегодняшних темпах ее распространения в скором будущем мы столкнемся с ситуацией, когда наркотизмом будет поражена большая часть молодого поколения, то есть все потенциальное человечество. Такая ситуация будет означать социально-экономическую катастрофу [1–8]. В последние годы человечество столкнулось с новой, еще более грозной проблемой, чем алкоголизм, – эпидемией наркомании в подростковой среде. Возможно, она заслонила привычную для нашей страны проблему ранней алкоголизации. Вместе с тем не следует забывать, что в подростковой среде приобщение к наркотикам часто имеет стадийное развитие: от более легких (табак, алкоголь, каннабис) к тяжелым (героин, кокаин и др.) [2].

Регулярное употребление наркотиков разрушает иммунную систему человека, физическую и психическую. Происходит отказ механизмов защиты, поэтому у наркоманов риск заболевания СПИДом в четыре раза выше, чем у гомосексуалистов. Подавление иммунной защиты выражается не только в нарушении внутренней клеточной защитной системы, но и кожного барьера, слизистых оболочек.

Сначала основными потребителями наркотиков в Европе и Америке были люди, имевшие связь с колониями в Азии, Африке и Южной Америке, откуда они привозили опиум, гашиш и коку. Если сначала наркотизм был распространен в самых низших слоях европейского общества, среди матросов, проституток и обитателей притонов, то настоящая социальная опасность возникла именно тогда, когда наркотики попали в высокие слои общества, подражание которым льстит прочим.

Первая волна кокаинизма возникла в конце Первой мировой войны и продолжалась более десятилетия. Во время войн увеличивается употребление наркотиков в целях снятия стресса, усталости, боли, стимулирования организма, однако наркомания – явление довольно редкое, т. к. все силы людей мобилизованы на борьбу с врагом и военными невзгодами. Так было и во время Второй мировой войны. Военное руководство активно использовало наркотики для поддержания боевого духа армии и частичной замены стимуляторами необходимых продуктов, табака и спиртных напитков. Европейским и американским армиям «скормили» тонны амфетаминов [1]. По некоторым данным, первертин начал применяться американскими военными во время войны во Вьетнаме. Он использовался как сильнейший стимулятор в тех случаях, когда спецназовец должен был выполнить особо сложную задачу. Одна таблетка или полкубка такого препарата позволяют чуть ли не сутками бежать по пересеченной местности, взбираться на горы, нести невероят-

но тяжелый груз. Потом, естественно, наступает тяжелейший кризис. Но военные, похоже, умели купировать последствия, выводить эту гадость из организма, предохранять солдата от возникновения зависимости. И сам препарат, приготовленный в условиях суперлабораторий, видимо, не оказывает такого разрушительного действия по сравнению с кустарной отравой.

В настоящее время известны следующие группы наркотиков: производные конопли, опиаты (героин, кодеин, морфин), галлюциногены, психостимуляторы (амфетамин, кокаин и др.), снотворно-седативные препараты, летучие вещества наркотического действия (клей, растворители и др.), насвай и другие.

В книге Сердюковой Н.Б. «Наркотики и наркомания» (2000) представлена классификация наркотических веществ по типу их воздействия на нервную систему человека:

- *вещества и средства, угнетающие нервную систему* (психодепрессанты):
 - а) препараты и вещества опийной группы – морфин, омнопон, кодеин, героин, опий-сырец, промедол, фентанил и др.;
 - б) препараты и вещества с седативным (успокаивающим) и снотворным действием – производные барбитуровой кислоты – этаминал натрия, фенобарбитал, ноксирон, реладорм, реланиум, феназепам, оксибутират натрия;
- *вещества и средства с возбуждающим действием* (психостимуляторы) – кокаин, фенамин, «винт» (первентин, первинтин, первертин), «экстази», сиднофен и др.;
- *вещества и средства с галлюциногенными свойствами* (галлюциногены): гашиш, марихуана, ЛСД, мескалин, ингалянты (бензин, пятновыводители, ацетон, толуол, растворители нитрокрасок, некоторые сорта клея), циклодол, клипсол [1].

Опиаты – это вещества, которые имеют разнообразную химическую структуру и вызывают сходные эффекты за счет того, что обычно связываются со специфическими «опиатными» рецепторами. Все необработанные опиатные наркотики из растительного сырья имеют легкий вяжущий эффект при попадании на язык. Содержат алкалоиды опиатного ряда – морфин, кодеин и другие. Героин, в отличие от других опиатов, не связывается с «опиоидными» рецепторами.

Барбитураты – это группа лекарственных веществ, обладающих снотворным, противосудорожным и наркотическим действием, обусловленным угнетающим влиянием на центральную нервную систему. К барбитуратам относят следующие группы препаратов: с длительным действием – барбитал, фенобарбитал, барбитал-натрий; средней продолжительности действия – циклобарбитал, барбамил, этаминал-натрий; с коротким сроком действия – гексобарбитал. Действие барбитуратов противоположно действию амфетаминов.

К **психостимуляторам** (гиперстимуляторам) относится «экстази» – это жаргонное название метамфетамина (МДМА), который является производным амфетамина. Он не только обладает возбуждающим эффектом, но и изменяет состояние сознания. Кокаин относят к психостимуляторам. Кокаин – это сложное психотропное вещество, выделяемое из листьев коки, кусты которой достигают более четырех метров в высоту. Крэк – разновидность кокаина, который используется для курения (в 10 раз опаснее кокаина).

Летучие растворители используют для преднамеренного вдыхания паров летучих органических растворителей (клей, растворители красок, жидкости для химической чистки, лак для ногтей, газ для зажигалок, бензин и др.). Они очень токсичны. По токсичности с летучими растворителями не может сравниться ни один из наркотиков.

Насвай (раньше для его изготовления применяли растение, которое называется «нас», а сейчас его основным компонентом является махорка или табак). Добавляют к нему гашеную известь, золу различных растений, верблюжий кизяк или куриный помет, а иногда и масло. Насвай закладывают в рот, стараясь не допустить попадания порошка на губы, которые в таком случае покрываются волдырями. Фабрично насвай не изготавливается. Известны различные виды насвая: ташкентский, ферганский, андижанский и др.

В группу **галлюциногенов** входят разнообразные по химической структуре вещества (некоторые из них имеют натуральное происхождение). Среди галлюциногенов наиболее распространенными являются следующие: ЛСД (диэтиламид лизергиновой кислоты), РСР (читается «пи-си-пи» или «пэ-эс-пэ»). Галлюциногены нарушают химические и физиологические реакции на уровне медиаторов (серотонин, дофамин, ацетилхолин), которые переносят сигналы от клетки к клетке в головном мозге.

Препараты конопли по механизму действия также можно отнести к галлюциногенам. Конопля, марихуана, анаша – это разные названия одного и того же растения – конопли (*Cannabis Sativa*). Конопля содержит различные химические элементы, которые называются «каннабионды». Употребляются три наркотика, которые являются производными конопли – это марихуана, гашиш и масло гашиша. Марихуана – это верхняя часть растения с листьями. Гашиш изготавливается из пыли смолы, которая выделяется конопляным растением для защиты от солнца, жары и для поддержания уровня жидкости.

Первитин (синонимы: первинтин, первентин, а на наркоманском сленге «винт» или «мулька» и др.) – раптор, получаемый в результате сложной химической реакции. Маслянистая жидкость, имеющая желтый цвет либо прозрачная и характерный запах яблок. *Синтетический наркотик, который включен в международный перечень особо опасных наркотических средств.* Является самым разрушительным стимулятором из всех. Для приготовления «винта» используют лекарственные препараты (теофедрин и др.), в состав которых входит гидрохлорид псевдоэфедрина или гидрохлорид эфедрина. Также добавляют красный фосфор и йод кристаллический. Соляная кислота и бензин нужны для выделения гидрохлорида эфедрина. В состав самого «винта» ни бензин, ни соляная кислота не входят. Наркотик обладает высокой степенью развития зависимости, вызывает очень сильное привыкание, приводит к тяжелым побочным явлениям и, кроме того, токсичен. Его употребление губительно действует на нервную систему (как правило, это микроинсульт), печень, почки, сердце и многие другие органы. Этот тип наркотиков как никакой другой разрушает организм человека, причем в очень короткие сроки. Действие: эйфория, прилив энергии, болтливость, суетливость, умственная активность, избыточная самоуверенность, отсутствие потребности в еде и сне, усиление чувственного восприятия, повышенная нервозность. Хроническое употребление приводит к обезвоживанию и истощению организма, психозу, который напоминает шизо-

френию, слуховым и визуальным галлюцинациям, сыпи на коже; очень быстро происходит деминерализация зубной эмали, после чего зубы в короткие сроки разрушаются, что приводит к тяжелейшим осложнениям. Снижается иммунитет и, как следствие, повышается подверженность инфекционным заболеваниям. Возрастает риск заражения ВИЧ/СПИДом и гепатитами из-за использования общих шприцев и множественных незащищенных сексуальных контактов.

Анализ наших наблюдений указывает на то, что последний из указанных наркотиков («винт») является наиболее часто употребляемым у больных с воспалительными заболеваниями челюстно-лицевой области. Данный наркотик относится к группе психостимуляторов и, по данным литературы, оказывает наиболее токсическое влияние как на ткани челюстно-лицевой области, так и на сам организм в целом.

Тимофеев А.А. и Лесовая И.Г. (2009) [8] указывают на разрушительное действие красного фосфора в первитине («винт»). Это наиболее важный компонент, который может влиять на патогенез развития остеомиелита челюстей. Это предположение подтверждается данными литературы, по которым фосфорный некроз может возникать у лиц, работающих на спичечном производстве, и пациентов, получающих бифосфонат для лечения метастазов опухолей в костный аппарат. Кроме этого описаны антиангиогенные свойства фосфора, заключающиеся в ингибировании роста эндотелия сосудов и усилении их склероза; подавлении остеокластической активности через различные механизмы (угнетение дифференцирования остеокластов из моноцитов и др.).

Цель проводимого исследования – определить особенности клинического течения гнойно-воспалительных заболеваний челюстей и мягких тканей челюстно-лицевой области у лиц, употребляющих наркотик «винт».

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ ОБСЛЕДОВАНИЯ

За период 2006–2009 г.г. в челюстно-лицевом отделении № 1 КГКБ № 12 нами обследованы 109 первичных больных, употребляющих наркотики, из них 85 (78 %) мужчин и 24 (22 %) женщин в возрасте от 21-го до 40-а лет. Средний возраст пациентов составил 28–30 лет (табл. 1). Стаж употребления наркотиков (героин, опиум, ЛСД, и др.), включая первитин, – от 3-х до 15-ти лет (табл. 2). Все обратившиеся в челюстно-лицевое отделение больные употребляли наркотик «винт» (первинтин). В течение 1–3-х лет данный наркотик употребляли (табл. 3) 85 человек (60 мужчин и 18 женщин), более трех лет – 31 обследуемый (25 мужчины и 6 женщин). Практически 1/3 больных повторно обращались за помощью в стационар. Количество последующих госпитализаций составило в среднем три раза, а у некоторых достигло 5–7-и раз за этот период.

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 ис-

Таблица 1

Распределение по возрастным группам больных, употребляющих наркотики

возраст	21–25 лет		26–30 лет		31–35 лет		36–40 лет	
	муж.	жен.	муж.	жен.	муж.	жен.	муж.	жен.
всего	13	5	41	9	19	7	12	3

Таблица 2

Стаж употребления наркотиков больными

Всего / пол	Длительность употребления наркотика (кол-во лет)		
	3–6	7–10	11–15
109 чел.	63	27	19
85 мужчин	49	21	15
24 женщины	14	6	4

Таблица 3

Стаж употребления больными первитина («первертин», «первинтин» или «винт»)

Всего / пол	Кол-во лет	
	1–3	4–6
109 чел.	78	31
85 мужчин	60	25
24 женщины	18	6

пользованием персонального компьютера. Достоверность результатов обследования вычисляли согласно критериям Стьюдента. Различия считали достоверными при $p < 0,05$.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Изучены особенности клинического течения гнойно-воспалительных заболеваний челюстей и мягких тканей челюстно-лицевой области (периодонтиты, периоститы, остеомиелиты, серозные и гнойные лимфадениты, абсцессы и флегмоны) у больных, употребляющих «винт» (первинтин, первинтин, первертин).

Периодонтиты у наркоманов чаще имеют хронический, реже – обострившийся характер. Больные указывают на боли в области одного зуба, реже – в двух и более зубах. Периодонтиты имеют агрессивный и прогрессирующий характер (сопровождаются интенсивными и упорными болями), а также плохо поддаются консервативному лечению (сопровождаются воспалительной реакцией на любые эндодонтические вмешательства и их неэффективностью), и поэтому большинство таких зубов у этих больных удаляют. Обращает на себя внимание то, что периодонтиты встречаются не только в кариозно разрушенных, но и в интактных зубах. На альвеолярных отростках, в области периодонтитных зубов обнаруживаются свищи с гнойным экссудатом. Рентгенологически выявляемые хронические периодонтиты у наркоманов имеют общепринятую рентгенологическую картину и отличаются только тем, что рядом с патологическим очагом имеются единичные или множественные участки остеопороза.

Периоститы у наркоманов чаще имеют острый или обострившийся характер. Характеризуются умеренно выраженным или вялым клиническим течением. Отли-

чительной особенностью является то, что слизистая оболочка альвеолярного отростка и переходной складки обычно имеет застойно-синюшный вид, рыхлая, в области альвеолярного отростка обнаруживаются свищи со скудным гнойным содержимым. Сглаженность по переходной складке, в привычном смысле этого слова, обнаруживается не часто, т. к. гнойное содержимое из патологического очага обычно 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 (определяются остеопорозные очаги в челюсти).

Одонтогенные остеомиелиты челюстей у наркоманов имеют особенности клинического проявления. Они характеризуются хроническим течением и обширностью поражения (разлитой или диффузный характер). При разлитых формах хронического остеомиелита 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 (с разными оттенками) цвет (рис. 1). Слизистая оболочка, окружающая участок обнаженной кости, бледного цвета, без признаков гиперемии. Выявляются лишь единичные очаги наличия грануляционной ткани. В некоторых участках между обнаженной и деформированной костной тканью альвеолярного отростка могут

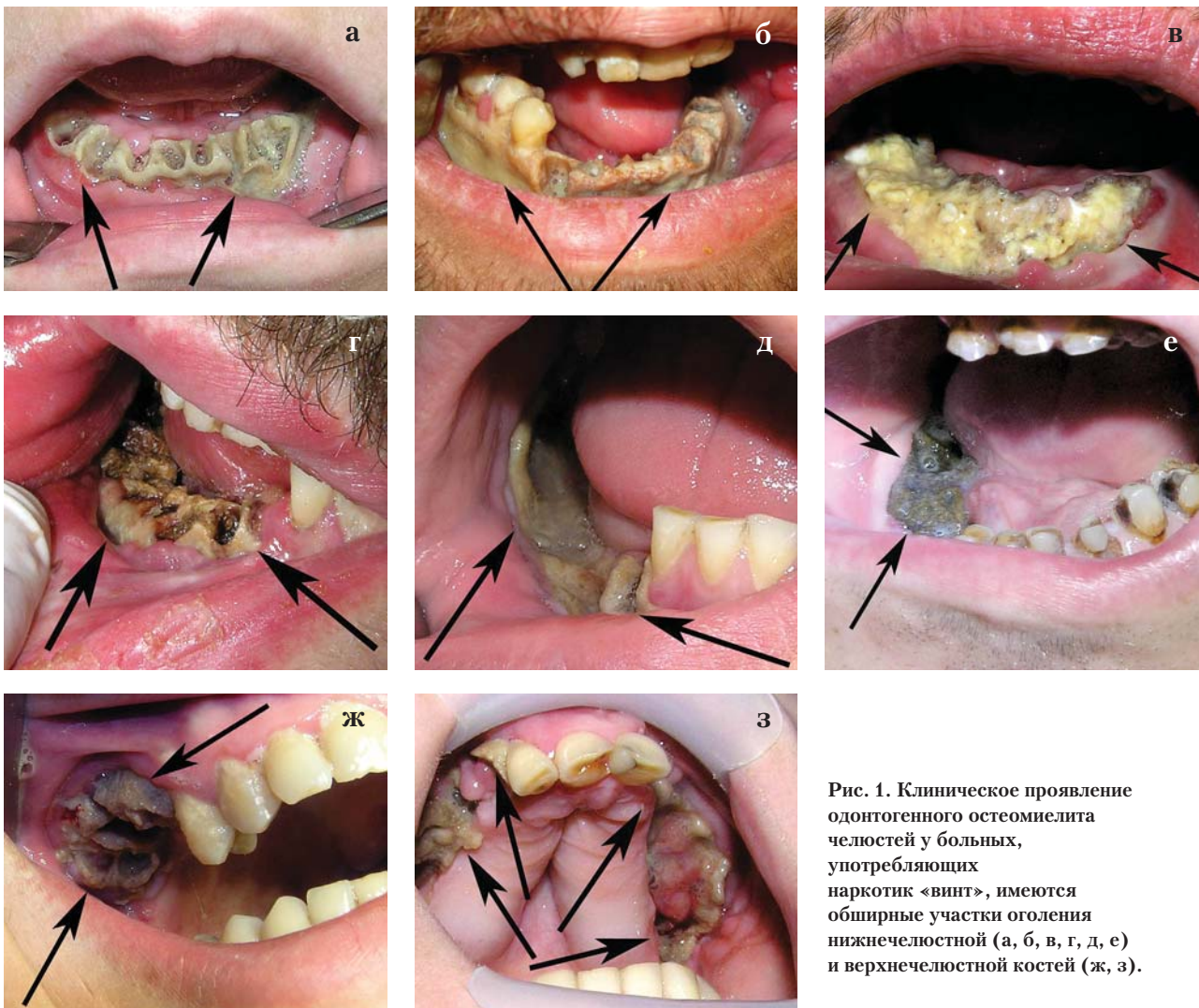


Рис. 1. Клиническое проявление одонтогенного остеомиелита челюстей у больных, употребляющих наркотик «винт», имеются обширные участки оголения нижнечелюстной (а, б, в, г, д, е) и верхнечелюстной (ж, з).

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. На рентгенограммах нижней челюсти на фоне очагов остеопороза определяются участки разрежения костной ткани различной вели-



Рис. 2. Внешний вид одонтогенного гнойно-воспалительного процесса околочелюстных мягких тканей у больных, употребляющего наркотик «винт». На коже имеются свищи, а также обнажена костная ткань челюсти (указаны стрелками).

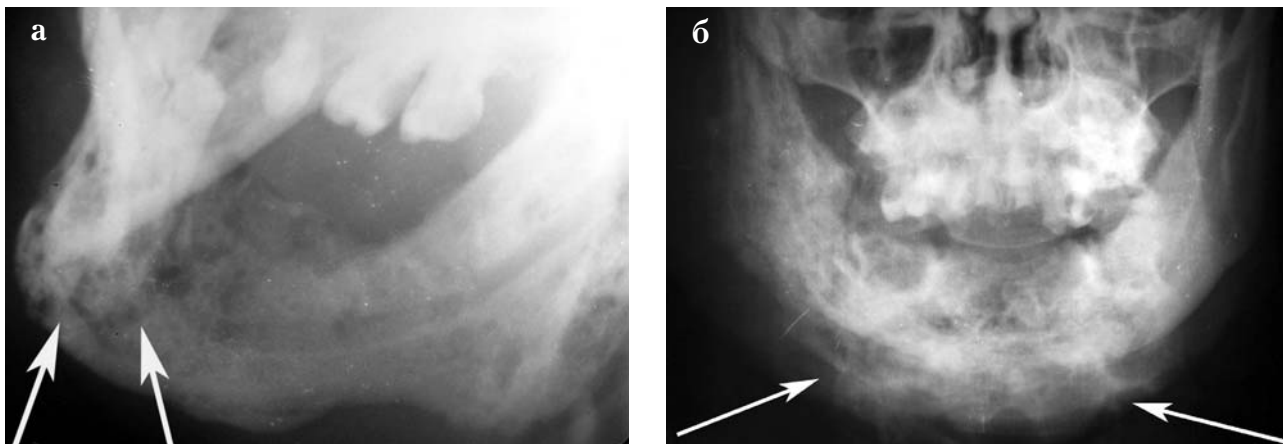


Рис. 3. На рентгенограмме нижней челюсти (а, б) больных одонтогенным остеомиелитом (употребляющих наркотик «винт») определяются очаги остеопороза (указаны стрелками). Имеются обширные секвестры в разных отделах нижнечелюстной кости, выраженная периостальная реакция по нижнему краю (б).



Рис. 4. На обзорной рентгенограмме нижней челюсти больного одонтогенным остеомиелитом (употребляющего наркотик «винт») имеется выраженная периостальная реакция (указана стрелкой).

чины с формированием секвестров и «муфтообразная» периостальная реакция вокруг нижнечелюстной кости (рис. 3, 4, 5, 6, 7).

Особенностью одонтогенных остеомиелитов у наркоманов, употребляющих наркотик «винт», являются обширность поражения (диффузный характер), а также хронический, прогрессирующий и быстротекущий характер клинического течения, всегда имеет место 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 характерны неудовлетворительное заживление постэкстракционных ран и низкая эффективность общепринятых лечебных мероприятий. Особенностью рентгенологической картины остеомиелитов у наркоманов является то, что остеомиелитические участки выявляются на фоне большого количества очагов остеопороза челюсти и «муфтообразная» периостальная реакция вокруг нижнечелюстной кости.

При осложнении клинического течения периодонтитов и периоститов чаще развивались серозные и/или гнойные лимфадениты, а при осложнении течения хронических остеомиелитов челюстей чаще 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 изменился. Пальпаторно определялось несколько увеличенных лимфатических узлов плотно-эластической 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 инфильтрировалась, т. е.



Рис. 5. На боковой рентгенограмме нижней челюсти больного одонтогенным остеомиелитом (употребляющего наркотик «винт») определяется дефект нижнечелюстной кости (указан стрелкой).

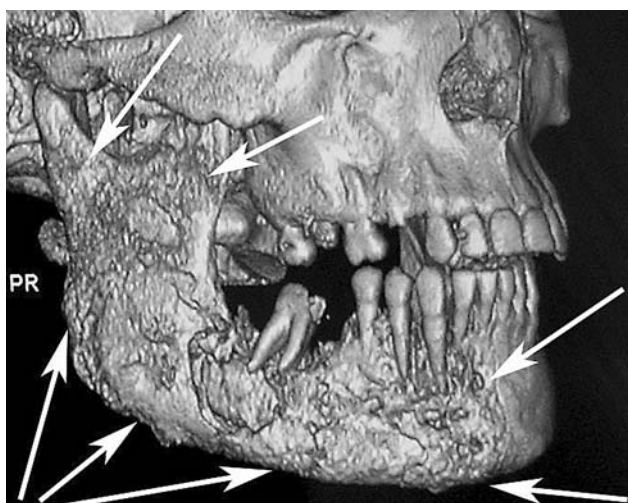


Рис. 6. Трехмерное изображение при СКТ у больного, употребляющего наркотик «винт», с одонтогенным остеомиелитом нижней челюсти. Имеются обширные секвестры в разных отделах нижнечелюстной кости, выраженная периостальная реакция по нижнему краю (указана стрелками).

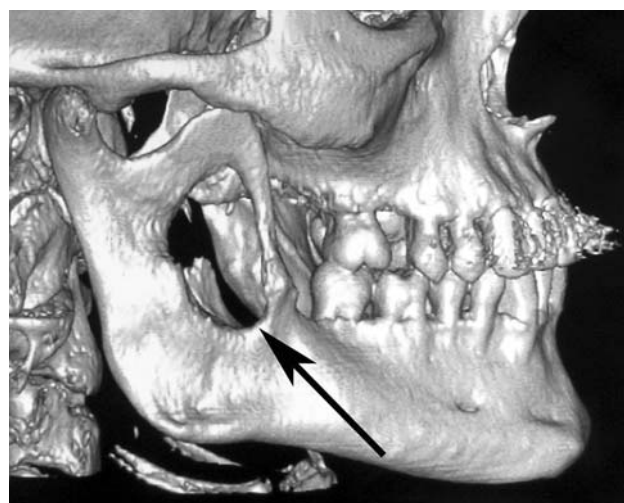


Рис. 7. Трехмерное изображение при СКТ у больного, употребляющего наркотик «винт», с одонтогенным остеомиелитом нижней челюсти. Имеется обширный округлый дефект ветви нижней челюсти, который возник после отторжения и удаления секвестров (указан стрелкой).

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 (аденофлегмоны) часто обнаруживалась зловонная 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 присутствием гнойно-некротических очагов (рис. 2). 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.

Послеоперационные раны (после вскрытия абсцессов и флегмон) имеют вялое заживление, раны медленно заполняются вялыми единичными грануляциями, кото-

рые 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.

ВЫВОДЫ

Таким образом, на основании полученных данных установлено, что гнойно-воспалительные заболевания челюстей и мягких тканей у лиц, употребляющих наркотик «винт», имеют особенности клинического проявления, которые характеризуются: затяжным (хроническим) и рецидивирующим характером течения, диффузным поражением, оголением альвеолярного отростка челюстей, недостаточно клинически выраженными репаративными процессами в области патологического очага, рентгенологически остеомиелитические участки поражения челюсти выявляются на фоне очагов остеопороза и др.

Согласно исследованиям А.А. Тимофеева и И.Г. Лесовой (2009) [8], доказано, что хронический остеомиелит челюсти, который выявляется у наркозависимых больных, употребляющих суррогатный психостимулятор («винт»), связан с использованием в его составе красного фосфора и длительным токсическим воздействием красного фосфора на организм.

ЛИТЕРАТУРА

1. Сердюкова Н.Б. Наркотики и наркомания. «Серия Панацея». – Ростов н/Д.: Феникс, 2000. – 256 с.
2. Фридман Л.С. и соавт. Наркология: пер.с англ. – 2-е изд. испр. – М.; Спб.: Издательство БИОНОМ – «Невский Диалект», 2000. – 320 с., ил.
3. Иващенко А.Л., Матрос-Таранец И.Н., Прилуцкий А.С. Современные аспекты этиопатогенеза, клинической картины и лечения остеомиелитов челюстей у пациентов с наркотической зависимостью и ВИЧ-инфекцией. – Питання експериментальної та клінічної медицини. – Збірка статей. – 2009. – Вип. 13, том. 1.
4. Волык А.М. «Винт» и его «винтовка». СПИД/AIDS, 2000. – № 4. – С. 8–12.

5. Зенков Н.К., Ланкин В.З., Меньшикова Е.Б. Окислительный стресс // Наука (интерпродика), Москва, 2001. – 343 с.
6. Томилка Г.С., Бачалдин И.Л. Микроциркуляция у больных вирусным гепатитом при употреблении эфедрона // Клиническая медицина, 2001, № 6. – С. 36–38.
7. Тимофеев А.А., Дагал А.В., Кишковская Е.Н. Клиническое течение одонтогенных воспалительных заболеваний челюстей и мягких тканей у больных наркоманией // Современная стоматология. – 2009. – № 1. – С. 94–98.
8. Тимофеев А.А., Лесова И.Г. Фосфорный некроз челюстей у наркозависимых больных, употребляющих суррогатный психостимулятор «Винт» // Современная стоматология. – 2009. – № 5. – С. 94–98.