

А.А. Тимофеев

## Клиническое течение и хирургическое лечение гнойно-воспалительных заболеваний челюстей у людей, употребляющих наркотики

Институт стоматологии НМАПО им. П.Л. Шупика, г. Киев, Украина

**Цель:** изучить особенности клинического течения и хирургического лечения гнойно-воспалительных заболеваний челюстей у людей, употребляющих наркотики.

**Методы.** Проведено клиничко-лабораторное обследование 98-и больных с гнойно-воспалительными заболеваниями челюстей в возрасте от 18 до 43-х лет, употребляющих наркотики.

**Результаты.** На основании проведенных обследований наркоманов изучены особенности клинического течения периодонтита, периостита, остеомиелита челюстей, а также осложнений после них (абсцессов и флегмон). Особенности течения являются агрессивность клинических проявлений, обширность поражения патологического очага, сопутствующая патология (ВИЧ-инфекция, кандидоз), недостаточная эффективность традиционного противовоспалительного лечения.

**Выводы.** В представленной статье приводятся материалы об особенностях клинического течения воспалительных заболеваний челюстей и мягких тканей околочелюстной области у больных наркоманией. Указываются особенности хирургического лечения этих воспалительных процессов у больных наркоманией, возможности развития осложнений. Статья дополнена большим иллюстративным материалом.

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

Врачам-стоматологам все чаще приходится сталкиваться с нетипичным течением одонтогенных воспалительных заболеваний челюстей и мягких тканей, которое, как правило, характерно для пациентов, которые употребляют наркотические средства, психотропные вещества и их прекурсоры. Освещение этого вопроса вызвано значительным количеством пациентов, которые являются потребителями инъекционных наркотиков (ПИН). В последние годы терминология, используемая в области наркомании и токсикомании, претерпела значительные изменения. Многие авторы по-разному трактуют термины, что связано прежде всего с усовершенствованием законодательной базы по использованию, применению и борьбе с незаконным оборотом наркотических средств, психотропных средств и их прекурсоров.

Перед тем как перейти к рассмотрению данной темы, хочу напомнить некоторые термины, касающиеся этого раздела челюстно-лицевой хирургии.

**Наркомания** – болезнь, вызываемая систематическим употреблением наркотиков и проявляющаяся синдромом измененной реактивности, психической и физической зависимостью, а также некоторыми психотическими и социальными феноменами.

**Наркотизм (наркотизация)** – употребление наркотиков и психоактивных веществ без формирования наркомании и токсикомании.

**Психическая зависимость** – осознаваемая или неосознаваемая потребность в употреблении психоактивного вещества для снятия психического напряжения и достижения состояния психического комфорта.

**Физическая зависимость** – состояние, при котором в ответ на отмену наркотика (психоактивного вещества) развивается абстинентный синдром. Возникает лишь при наличии психической зависимости.

**Абстинентный синдром** – комплекс психопатологических, вегетативных, неврологических и соматических расстройств, появляющихся вслед за прекращением систематического употребления наркотика (психоактив-

ного вещества), причем постоянными симптомами являются психический и физический дискомфорт и выраженная тяга к принимаемому наркотику (психоактивному веществу).

**Наркотическое вещество** – химическое соединение или лекарственное средство, которое обладает способностью оказывать специфическое воздействие на ЦНС (эйфоризирующее, стимулирующее, галлюциногенное и др.) и способствует развитию комплекса «привыкание – пристрастие – психическая и физическая зависимость». Применение этого вещества имеет (или может иметь) отрицательные социальные последствия, и соответствующая государственная инстанция, наделенная необходимыми юридическими полномочиями, оценив негативные медицинские и социальные аспекты неконтролируемого применения этого вещества, может признать его наркотическим и внести в список веществ, запрещенных к немедицинскому применению.

**Наркотическое вещество и препарат, содержащий наркотическое вещество**, – это два разных термина. Так, в Единой конвенции ООН о наркотических средствах 1961 года даются четкие определения, разграничивающие понятия «наркотическое вещество (субстанция)» и «лекарственный препарат, содержащий наркотическую субстанцию»: «*наркотическое вещество* (субстанция, средство), drug» означает любое из веществ, включенных в списки I и II приложений конвенции, естественных или синтетических; «*лекарственный препарат*» означает твердую или жидкую смесь, которая содержит какое-либо наркотическое вещество (средство), другими словами – это *лекарственный препарат, содержащий наркотическое вещество*.

Понятия «психотропное вещество» и «психотропный препарат» введены в Конвенцию о психотропных веществах 1971 г.

**Психотропное вещество** – любое природное или синтетическое вещество, либо любой природный материал, включенный в список I, II, III или IV.

**Психотропный препарат** – любой раствор или смесь в любом физическом состоянии, содержащие одно или несколько психотропных веществ или одно или несколько психотропных веществ в терапевтических дозах.

Списки I, II, III и IV означают соответственно пронумерованные перечни психотропных веществ, прилагающиеся к конвенциям (для наркотических средств – к конвенции 1961 г., для психотропных веществ – к конвенции 1971 г.).

Любая страна обладает правом вынести на рассмотрение вопрос о включении вещества в список психотропных или наркотических препаратов и ввести на своей территории ограничение на вещества, не указанные в конвенциях.

Понятие **«прекурсор наркотического или психотропного средства»** не содержится ни в одной из конвенций ООН. Но в Конвенцию ООН «О борьбе с незаконным оборотом наркотических средств и психотропных веществ» 1988 г. введено понятие «вещества, которые используются для незаконного изготовления наркотических средств или психотропных веществ». Это понятие синонимично термину **«прекурсор»**. Списки этих веществ содержатся в таблицах I и II приложения к конвенции 1988 г. Этих веществ на данный момент не так уж и много. Так, например, в таблицу I входят: лизергиновая кислота, псевдоэфедрин, фенилпропаноламин, эргометрин, эрготамин, эфедрин и др.; в таблицу II – ангидрид уксусной кислоты, антрациловая кислота, ацетон, пиперидин, этиловый эфир, фенилуксусная кислота, перманганат калия, серная кислота и др.

**Критерии термина «наркотик»:**

- медицинский критерий, согласно которому наркотики – это вещества, в силу своего химического состава способные оказывать специфическое действие на ЦНС (стимулирующее, эйфорическое, галлюциногенное, седативное и др.), что и является причиной их немедицинского применения;
- юридический критерий означает, что законодатель признал психоактивное средство нелегальным и запрещенным для немедицинского использования, изготовления, распространения в обществе, и оно включено в «Перечень наркотических средств, психотропных веществ, их аналогов и прекурсоров, которые подлежат специальному контролю». **Немедицинский оборот наркотиков (выращивание, транспортирование, продажа, хранение) является преступным действием, которое наказуемо согласно Административному и Уголовному кодексам Украины;**
- социальный критерий означает, что немедицинское потребление наркотического средства приняло масштабы, имеющие социальную значимость, и характеризуется массовыми отрицательными для общества (семьи, трудового коллектива, нации) последствиями. В понятие «социальный критерий» входит формирование специфической теневой субкультуры, которая играет самостоятельную роль в массовом распространении наркотиков, то есть выполняет функцию механизма «заражения» молодежной среды наркотизмом.

Алкоголь и табак не являются наркотиками согласно медицинскому и юридическому критериям.

Средний возраст сегодняшних наркоманов – 20–25 лет. Наркомания поражает молодых людей, но в своем распространении развивается в направлении еще большего омоложения.

Регулярное употребление наркотиков разрушает иммунную систему человека, физическую и психическую. Происходит отказ механизмов защиты, поэтому

у наркоманов угроза заболевания СПИДом в четыре раза выше, чем у гомосексуалистов. Подавление иммунной защиты выражается в нарушении не только внутренней клеточной защитной системы, но и кожного барьера, слизистых оболочек.

Во время войн увеличивается употребление наркотических препаратов в целях снятия стресса, усталости, боли, стимулирования организма. Однако наркомания во время военных действий – явление довольно редкое, т. к. все силы людей мобилизуются на борьбу с врагом и военными невзгодами.

Первентин начали применять американские военные во время войны во Вьетнаме. Он использовался как сильнейший стимулятор в тех случаях, когда спецназовец должен был выполнить особо сложную задачу. Одна таблетка или полкубика такого препарата позволяют чуть ли не сутки бежать по пересеченной местности, взбираться на горы, нести невероятно тяжелый груз. Потом, естественно, наступает тяжелейший кризис. Сам препарат, изготовленный 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 г.) 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, фенбарбитал, ноксирон, реладорм, реланиум, феназепам, оксибутират натрия;
- *вещества и средства с возбуждающим действием* (психостимуляторы) – кокаин, фенамин, «вент» (первитин, первинтин, первентин), «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, клисол [1].

**Опиаты** – это вещества, которые имеют разнообразную химическую структуру и вызывают сходный эффект за счет того, что они обычно связываются со специфичными «опиатными» рецепторами. Все необработанные опиатные наркотики из растительного сырья имеют легкое вяжущее действие 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, фенбарбитал, барбитал-натрий; средней продолжительности действия – циклобарбитал, барбамил, этаминал-натрий; коротким сроком действием – 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 десять 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 основным его компонентом является махорка или табак). Добавляют в него 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 «каннабиоиды». 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.

**Первинтин** (синонимы: первинтин, первентин, а на сленге у наркоманов – «винт» или «мулька» и др.) – растительный препарат, полученный 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 в них добавляют красный фосфор и кристаллический йод. Соляная кислота и бензин нужны для выделения гидрохлорида эфедрина. В состав самого «винта» ни бензин, ни соляная кислота не входят. Наркотик вызывает зависимость высокой степени развития, 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 шизофрению, 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 ранее 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, имеет наиболее токсическое влияние как на ткани челюстно-лицевой области, так и на сам организм в целом.

Тимофеев А.А. и Лесовая И.Г. (2009) 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, принимающих бифосфонат для лечения метастазов опухолей в костный аппарат. Кроме этого описаны ангиогенные свойства фосфора, заключающиеся в ингибировании роста эндотелия сосудов и усилении их склерозирования; подавлении остеокластической активности через различные механизмы (угнетение дифференциации остеокластов из моноцитов и др.).

*Согласно проведенным исследованиям, более 76 % лиц, употребляющих наркотики, являлись ВИЧ-инфицированными и у 95 % наркозависимых в полости рта обнаружена кандидозная флора.*

Теперь перейдем к рассмотрению особенностей клинического течения воспалительных заболеваний челюстей у лиц, употребляющих наркотики.

**Периодонтит** у наркоманов наиболее часто имеет хроническое течение, реже – обострившийся характер. Чаще больные указывают на боли в области одного зуба, реже – в двух и более зубах. Могут встречаться одновременные боли в одиночных зубах, которые расположены не только на разных сторонах одной челюсти, но и на различных челюстях. Периодонтит имеет агрессивный и прогрессирующий характер течения (сопровождается интенсивными и упорными болями), а также плохо поддается консервативному лечению (сопровождается воспалительной реакцией на любые эндодонтические вмешательства и характеризуется их неэффективностью). Поэтому большинство периодонтитных зубов у этих больных удаляют. Обращает на себя внимание то, что периодонтит встречается не только в зубах, разрушенных кариозным процессом, но и в интактных зубах. На альвеолярных отростках, в области периодонтитных зубов обнаруживаются свищи, возможны с гнойным экссудатом (рис. 1-а). У большинства наркоманов слизистая оболочка щек, губ, альвеолярного отростка бледная, на ее поверхности виден множественный сероватобелый (кандидозный) налет неправильной формы, снимающийся с трудом. Вокруг поверхности расположенного микотического поражения определяется побледнение слизистых оболочек (рис. 1-б). Но иногда возможна резко выраженная гиперемия слизистой оболочки с

небольшими участками полупрозрачного или плотного налета сероватого или белого цвета, чаще имеющего творожистый или комковатый характер. Налет в этих случаях снимался легко и обнажалась гладкая (полированная) гиперемированная слизистая оболочка. В некоторых случаях налет сливался и уплотнялся. Следует отметить, что рентгенологически выявляемый хронический периодонтит у наркоманов имеет общепринятую рентгенологическую картину и отличается только тем, что в области тела и/или ветви нижней челюсти или тела верхнечелюстной кости имеются единичные или реже множественные очаги остеопороза.

**Периостит** у наркоманов имеет острое или обострившееся хроническое течение, лишь у единичных больных выявляется хронический рарефицирующий периостит. Острые и обострившиеся формы периостита характеризуются умеренно выраженным или вялым 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 отделяемым (рис. 2-а). Сглаженность переходной складки в привычном смысле этого слова не обнаруживается, т. к. гнойное содержимое опорожняется через свищи, которые имеются в области альвеолярного отростка (рис. 2-б). При надавливании на переходную складку через свищевые отверстия выделяется гнойное содержимое. Гиперпластических явлений со стороны периоста не наблюдали. У многих наркоманов слизистая оболочка альвеолярного отростка покрыта серовато-белым (кандидозным) налетом неправильной формы, снимающимся с трудом (рис. 2-в, г). Рентгенологическая картина (рис. 3) при периостите соответствовала таковой у больных с периодонтитом (отличается наличием остеопорозных очагов в челюсти).

**Остеомиелит верхнечелюстной кости (токсический остеомиелит)** у наркоманов имеет свои особенности клинического проявления. Они характеризуются хроническим прогрессирующим течением и обширностью поражения (ограниченный, разлитой и/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. 4), 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 (на участках ее обнажения) имеет грязно-серый, тусклый, белесоватый, 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. Могут обнаруживаться дефекты верхнечелюстной кости, ведущие в верхнечелюстную пазуху, или оро-антральные свищи. Слизистая оболочка переходной складки бледно-розового цвета, несколько утолщена и малоблезненная. На слизистой оболочке может находиться множественный серовато-белый налет неправильной формы, снимающийся с трудом. После его удаления оставалась эрозированная поверхность. При поверхностном микотическом поражении определялась нерезко выраженная гиперемия слизистой оболочки с

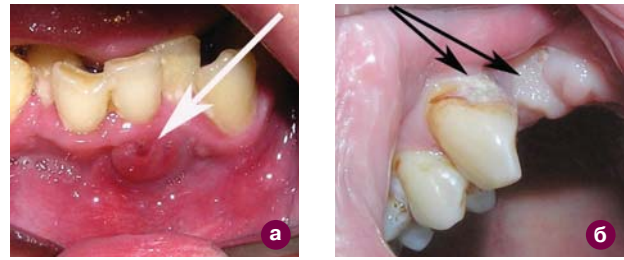


Рис. 1. Внешний вид свища на слизистой оболочке альвеолярного отростка (а) и кандидозного налета (б) у наркозависимых (указаны стрелками).

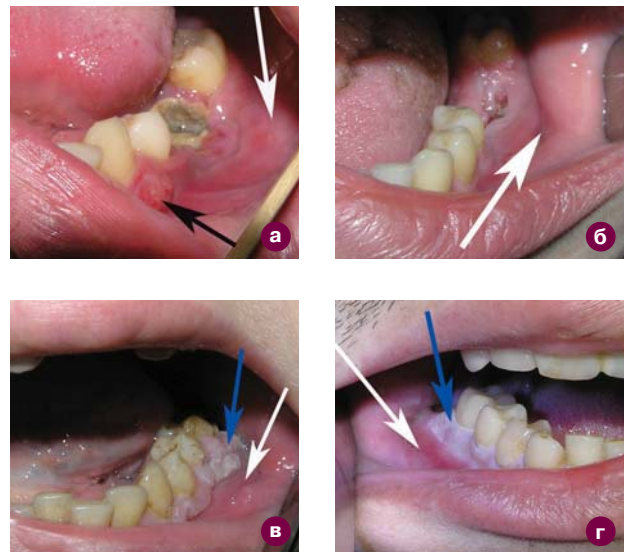


Рис. 2. Внешний вид периостита у лиц, употребляющих наркотики: а – сглаженность переходной складки (белая стрелка), свищевое отверстие на слизистой оболочке альвеолярного отростка (черная стрелка); б – устье свища (указан стрелкой), через который самостоятельно опорожнился субпериостальный абсцесс; кандидозный налет (синяя стрелка) на слизистой оболочке альвеолярного отростка (в, г).



Рис. 3. Рентгенограмма наркозависимого больного с периоститом (очаги остеопороза указаны стрелкой).

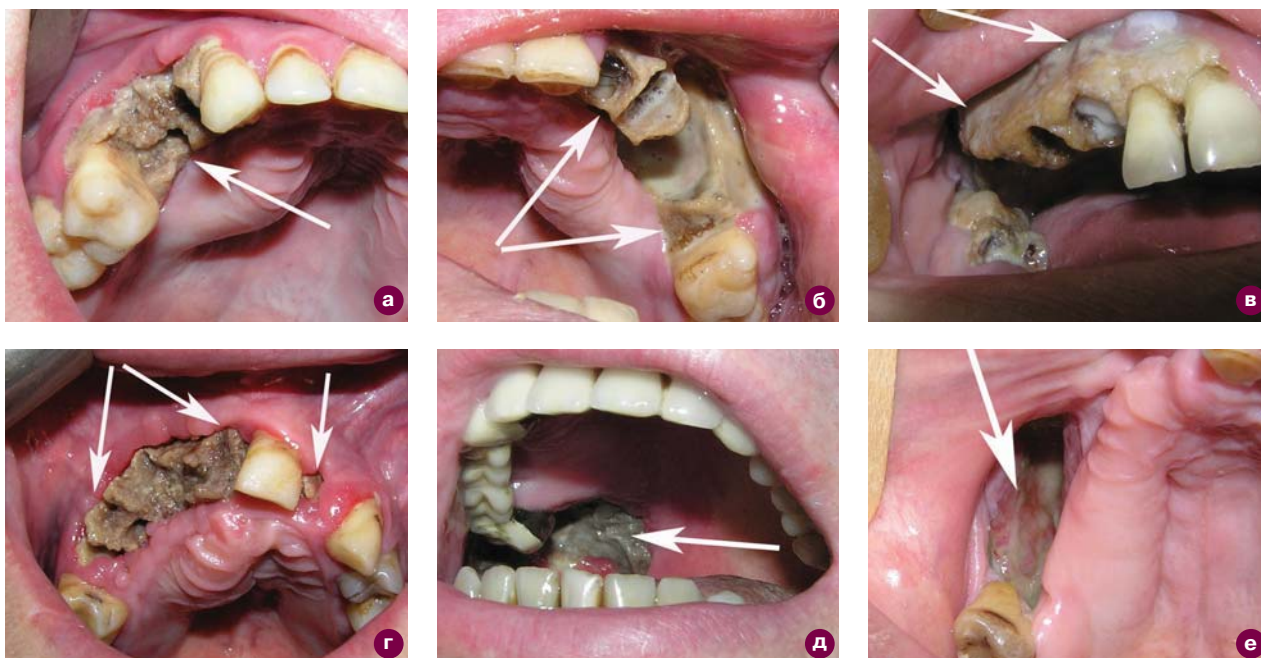


Рис. 4. Внешний вид клинического проявления токсического остеомиелита верхней челюсти: имеются секвестры разных размеров (указаны стрелками) в верхнечелюстной кости (а, б, в, г, д) и дефект кости (указан стрелкой), соединяющий верхнечелюстной синус с полостью рта, который возник в результате агрессивного течения остеомиелитического процесса у наркозависимых больных (е).

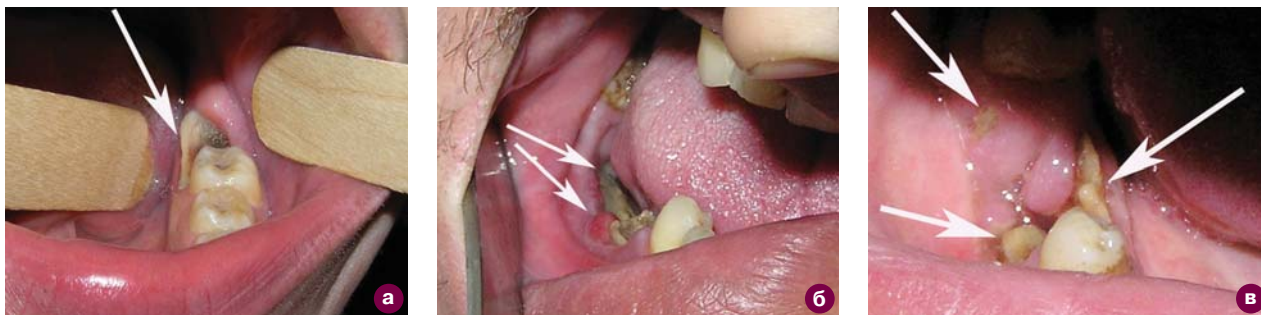


Рис. 5. Внешний вид ограниченных и очаговых форм клинического течения остеомиелита на нижней челюсти у наркозависимых (а, б, в).

небольшими участками полупрозрачного или плотного налета сероватого или белого цвета, чаще имеющего творожистый или комковатый характер. Налет в этих случаях снимался легко и обнажалась гладкая (полированная) гиперемированная слизистая оболочка. Было отмечено, что в некоторых случаях налет сливался и уплотнялся. Мягкие ткани вокруг оголенной кости со стороны твердого неба и переходной складки утолщены и покрыты слизистой оболочкой как белесоватого или 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. 4).

Особенностью токсического остеомиелита верхнечелюстных костей у наркоманов является обширность поражения (диффузный характер), а также хронический, прогрессирующий и быстротекущий характер клинического течения, всегда есть обнажение костной ткани альвеолярного отростка, которая имеет нежизненный (тусклый, матовый, грязно-серый и др.) вид, характеризуется отсутствием грануляционной ткани в патологи-

ческом очаге и выраженной гиперемии слизистой оболочки и наличием утолщения околочелюстных мягких тканей, их малой болезненностью. Для этих больных характерны плохое заживление постэкстракционных ран, плохая гигиена полости рта и очень низкая эффективность проводимых традиционных лечебных мероприятий, т. к. заболевание практически всегда сопровождается кандидозом слизистой оболочки полости рта.

**Токсический остеомиелит нижнечелюстной кости** у наркоманов протекает также в хронической форме, а по распространенности может быть ограниченным (редко), но значительно чаще – очаговым или разлитым (диффузным). При ограниченной и очаговой формах хронического остеомиелита нижней челюсти (внешне напоминает таковой при банальном одонтогенном остеомиелите) 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 (рис. 5). Слизистая оболочка вокруг оголенного участка альвеолярной кости нередко бледно-розового цвета.

На слизистой оболочке может быть множественный серовато-белый налет неправильной формы, снимающийся с трудом. Обнаженная лунка может быть заполнена гнойным экссудатом, а окружающая ее слизистая оболочка (в местах скопления гнойного экссудата) обычно гиперемирована. Обнаружено, что через 2–3 недели в динамике неэффективного традиционного лечения больных в амбулаторных условиях в области имеющегося патологического очага происходит дальнейшее, еще большее обнажение значительного участка альвеолярной кости, который выглядит уже изъеденным, тусклого или грязно-серого цвета с лунками, заполненными гнойным экссудатом. Наличие очагов грануляционной ткани в

воспалительных очагах обычно не обнаруживается. На рентгенограммах определяются очаги разрежения костной ткани челюсти с формированием секвестров в сроки, которые на 1–2 недели превышают сроки, характерные для данной локализации при традиционном одонтогенном остеомиелите (рис. 6). Особенностью рентгенологической картины остеомиелита у наркоманов является то, что остеомиелитические участки выявляются на фоне большого количества очагов остеопороза челюсти.

При разлитых формах хронического токсического остеомиелита нижней челюсти участки обнаженной альвеолярной кости выходят за пределы трех и более зубов.

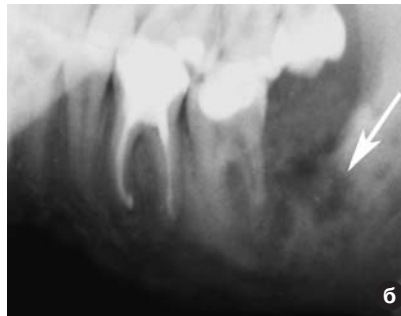
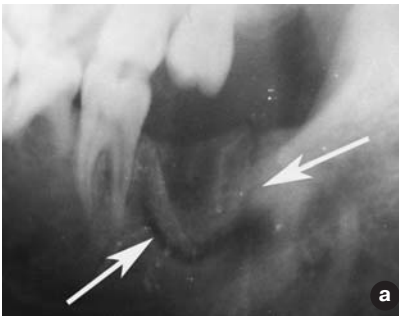
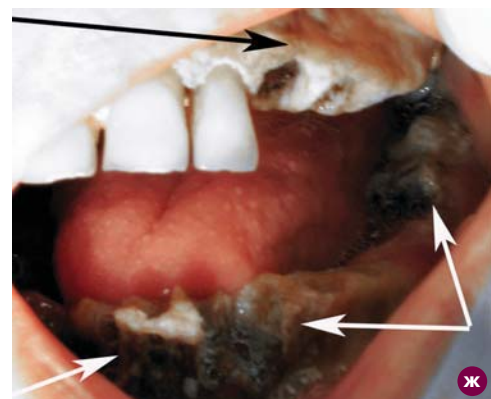
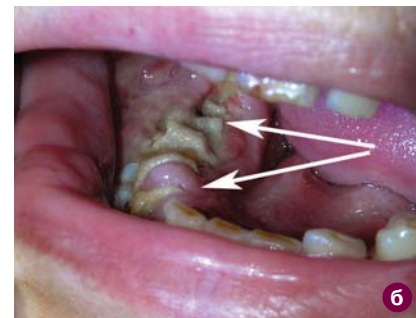


Рис. 6. Рентгенологические признаки проявления ограниченной и очаговой форм остеомиелита нижней челюсти у больных, употребляющих наркотики (а, б).

Рис. 7. Обширные секвестры в разных отделах нижнечелюстной кости при токсическом остеомиелите нижней челюсти у наркозависимых (а, б, в, г, д). Кандидозные поражения слизистой оболочки (е). Наличие остеомиелита верхней и нижней челюсти у одного наркозависимого больного (ж).



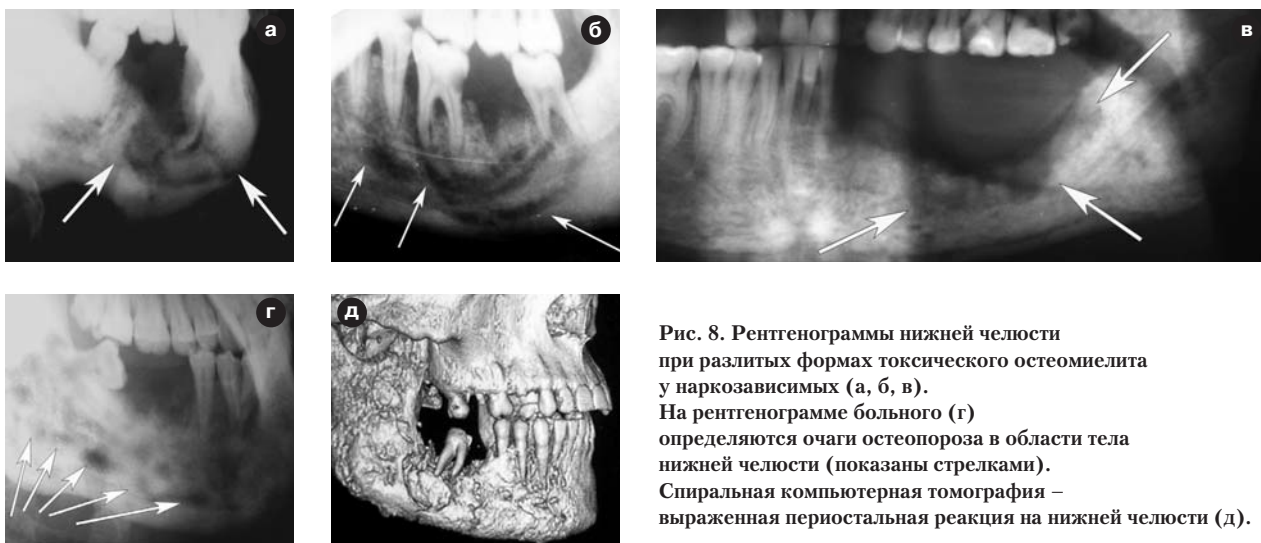


Рис. 8. Рентгенограммы нижней челюсти при различных формах токсического остеомиелита у наркозависимых (а, б, в). На рентгенограмме больного (г) определяются очаги остеопороза в области тела нижней челюсти (показаны стрелками). Спиральная компьютерная томография – выраженная периостальная реакция на нижней челюсти (д).

Рис. 9. Внешний вид гнойно-воспалительного процесса в околочелюстных мягких тканях у наркозависимых больных. На коже имеются свищи (белые стрелки), а также обнаженная костная ткань челюсти (черная стрелка).



Рис. 10. Внешний вид нежизнеспособной нижнечелюстной кости у наркозависимого больного при токсическом остеомиелите (а) во время оперативного вмешательства (б), после секвестрнекрэктомии с резекцией нижней челюсти и вычленением в височно-нижнечелюстных суставах (в, г).

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 (рис. 7). 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. В некоторых случаях оголенный альвеолярный отросток нижней челюсти выглядит «оплавившимся». Слизистая оболочка, окружающая участок обнаженной кости, бледно-розового цвета, без признаков гиперемии. На слизистой оболочке может быть множественный серовато-белый налет неправильной формы, снимающийся с трудом. После его удаления оставалась эрозированная поверхность. При поверхностном микотическом поражении определялась резко выраженная гиперемия слизистой оболочки с небольшими участками полупрозрачного или плотного налета сероватого или белого цвета, чаще имеющего творожистый или комковатый характер. Налет в этих случаях снимался легко и обнажалась гладкая (полированная) гиперемированная слизистая оболочка. В некоторых случаях налет сливался и уплотнялся. Нередко встречаются кандидозные поражения слизистых оболочек. Выявляются лишь единичные очаги наличия грануляционной ткани. Часто наблюдается сочетание остеомиелита верхней и нижней челюстей. На рентгенограммах нижней челюсти на фоне очагов остеопороза определяются участки разрежения костной ткани различной величины с формированием секвестров (рис. 8). Сроки формирования секвестров у наркоманов на несколько недель превышают сроки при традиционных формах.

Особенностью токсического остеомиелита нижней челюсти у наркозависимых являются хронический и прогрессирующий характер клинического течения, а также обширность поражения (диффузный характер). Всегда обнаруживается 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 (рис. 7) и гиперемией слизистой оболочки вокруг альвеолярного отростка челюсти, а также наличием утолщения окологлазничных мягких тканей и их малой болезненностью. На рентгенограммах нижнечелюстной кости (рис. 8) имеются не только участки разрежения костной ткани с формированием секвестров (различных размеров), но и множественные очаги остеопороза в других, видимо здоровых участках. При спиральной компьютерной томографии челюстно-лицевых костей определяется выраженная периостальная реакция (рис. 8-д). У всех этих больных обязательно отмечается плохое заживление постэкстракционных и послеоперационных ран, а также очень низкая эффективность гигиены полости рта и неэффективность лечебных мероприятий, т. к. заболевание практически всегда сопровождается кандидозом слизистой оболочки полости рта.

У наркозависимых больных гнойно-воспалительные процессы в челюстных костях, т. е. токсический остеомиелит, осложняются абсцессами и флегмонами мягких тканей челюстно-лицевой области и шеи. Абсцессы и флегмоны у этих больных имеют затяжной (хронический) характер течения, отличаются обширностью поражения мягких тканей, характеризуются выраженной инфильтрацией подлежащих тканей и гиперемией

кожных покровов, наличием на коже единичных (редко) или множественных (часто) свищей, через которые выделяется гнойное содержимое, присутствием гнойно-некротических очагов (рис. 9). Послеоперационные раны заживают вяло, медленно заполняются вялыми и единичными грануляциями, пропитанными серозно-гнойным экссудатом. Нередко края послеоперационных ран разведены и через открытые гнойные раны мягких тканей обнажается костная ткань челюсти, которая имеет желтый цвет и покрыта гнойным или серозно-слизистым экссудатом. Края кожи послеоперационных ран рыхлые, гиперемированные, истонченные, легко разрываются при натяжении и частично некротизируются.

Перед тем как перейти к рассмотрению вопроса лечения гнойно-воспалительных заболеваний челюстей у наркозависимых больных, хочу напомнить некоторые термины, которые имеют отношение к следующему разделу статьи, и дать им научное определение.

**Секвестрэктомия** (*sequestrectomia*; *секвестр* + *эктомия*) – хирургическая операция: удаление секвестров («Энциклопедический словарь медицинских терминов», Москва, 1984).

**Резекция** (*resectio*; лат. «отсечение») – хирургическая операция: удаление части органа или анатомического образования, обычно с соединением его сохранившихся частей («Энциклопедический словарь медицинских терминов», Москва, 1984). Данный термин, по моему мнению, не может быть первостепенным (основным) в названии оперативного лечения наркозависимых. Но в то же время этот термин нельзя исключить при удалении определенных участков челюсти.

При оперативном вмешательстве на челюстных костях основная цель операции заключается в удалении не только секвестров и некротических тканей, но и нежизнеспособной костной ткани. Данное оперативное вмешательство, по моему мнению, следует называть **расширенной секвестрнекрэктомией с резекцией** (при ее проведении) определенного фрагмента челюсти. В некоторых случаях возможно удаление всей нижнечелюстной кости с вычленением в височно-нижнечелюстных суставах (рис. 10).

При секвестрэктомии (исключая секвестры) хирург практически всегда обнаруживает обширные участки кости мутного или грязно-серого (грязно-желтого) цвета, которые не подверглись секвестрации (отторжению). При скусывании этой кости она имеет нежизненный («мраморный») вид, что связано с отсутствием в ней костных сосудов. В таких случаях рекомендую удалять всю нежизнеспособную костную ткань, т. е. до тех участков кости, пока не обнаружатся функционирующие (содержащие кровь) костные сосуды, с последующим максимально возможным закрытием образовавшегося костного дефекта челюсти местными мягкими тканями.

Считаю ошибкой, когда при ограниченных или других формах токсического остеомиелита нижней челюсти оперативное лечение не только заканчивается удалением нежизнеспособной костной ткани, но и проводится удаление (резекция) жизнеспособных участков кости. **Удалять (резецировать) нужно только нежизнеспособные участки костной ткани.**

Мне неоднократно приходилось не только видеть, но и проводить костно-пластические операции у наркозависимых больных, которые выполнялись с использованием титановых имплантатов нижней челюсти. Отмечено, что у большинства наркозависимых в ближайшие недели после таких операций, учитывая низкую жизнеспособность окологлазничных мягких тканей, возникали затяжные гнойно-воспалительные процессы в области послеоперационных ран, которые заканчивались удалением



нием имплантируемых материалов (титан и др.). Традиционное консервативное лечение послеоперационных гнойных ран у лиц, употребляющих наркотики, является недостаточно эффективным, и поэтому в дальнейшем размеры воспалительно-измененных мягких тканей продолжают увеличиваться и на коже появляются новые свищевые ходы со скудным гнойным отделяемым, а также гнойно-некротические очаги.

Для более эффективного лечения гнойно-воспалительных поражений мягких тканей челюстно-лицевой области и шеи на гнойных раневых поверхностях следует применять современные мазевые повязки (с офлокаином, мирамистином, нитацидом, стрептонитолом или пантестином и др.), а также антибиотики последнего поколения, иммуностимулирующие и противогрибковые

препараты. Следует всегда помнить о том, что абсцессы и флегмоны челюстно-лицевой области и шеи у наркоманов имеют затяжной и прогрессирующий характер течения и очень плохо поддаются традиционному лечению, т. к. практически всегда протекают на фоне сниженной специфической и неспецифической резистентности организма больного и обязательно сопровождаются кандидозом слизистой оболочки полости рта.

По моему мнению, по мере совершенствования в челюстно-лицевой хирургии имплантируемых материалов (титан с керамическим покрытием и др.) и комплексного медикаментозного лечения (антибактериальной и иммунотерапии) появляется больше шансов на благоприятный исход костно-пластических операций у наркозависимых больных.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Сердюкова Н.Б. Наркотики и наркомания. «Серия Панацея». – Ростов-на-Дону: 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. Вольк А.М. «Винт» и его «винтовка» // СПИД/ AIDS, 2000, № 4, с. 8–12.
4. Зенков Н.К., Ланкин В.З., Меньшикова Е.Б. Окислительный стресс // Наука/интерпериодика, Москва, 2001, 343 с.
5. Томилка Г.С., Бачалдин И.Л. Микроциркуляция у больных вирусным гепатитом в при употреблении эфедрона // Клини. медицина, 2001, № 6, с. 36–38.
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. – С. 94–98.
7. Тимофеев А.А., Лесова И.Г. Фосфорный некроз челюстей у наркозависимых больных, употребляющих суррогатный психостимулятор «Винт» // Современная стоматология. – 2009. – № 5. – С. 94–98.
8. Тимофеев А.А. Челюстно-лицевая хирургия. – Киев: «Медицина». – 2010. – 576 с.
9. Дакал А.В. Особливості клінічного перебігу і лікування одонтогенних гнійно-запальних захворювань м'яких тканин у хворих, що вживають наркотики: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – Київ, НМАПО, 2011, 20 с.
10. Тимофеев О.О. Щелепно-лицева хірургія. – Київ: ВСВ «Медицина», 2011. – 752 с.
11. Тимофеев А.А. Руководство по челюстно-лицевой хирургии и хирургической стоматологии. – Киев. – Изд. 5-е (испр. и доп.). – 2012. – 1048 с.

### Клінічний перебіг і хірургічне лікування гнійно-запальних захворювань щелеп в осіб, які вживають наркотики

О.О. Тимофеев

**Мета:** вивчити особливості клінічного перебігу й хірургічного лікування гнійно-запальних захворювань щелеп в осіб, які вживають наркотики.

**Методи.** Проведено клініко-лабораторне обстеження 98-и хворих із гнійно-запальними захворюваннями щелеп у віці від 18 до 43 років, які вживають наркотики.

**Результати.** На підставі проведеного обстеження наркоманів вивчені особливості клінічного перебігу періодонтиту, періоститу, остеомиєліту щелеп, а також ускладнень після них (абсцесів і флегмон). Особливостями течії є агресивність клінічних проявів, широкість поразок патологічного осередку, супутня патологія (ВІЛ-інфекція, кандидоз), недостатня ефективність традиційного протизапального лікування.

**Висновки.** У представленій статті наводяться матеріали про особливості клінічного перебігу запальних захворювань щелеп і м'яких тканин у навколощелепній ділянці у хворих на наркоманію. Указуються особливості хірургічного лікування цих запальних процесів у хворих з наркоманією, можливості розвитку ускладнень. Стаття доповнена великим ілюстративним матеріалом.

**Ключові слова:** наркоманія, кандидоз, періодонтит, періостит, остеомиєліт, абсцеси, флегмони, лікування.

### Clinical flow and surgical treatment of inflammatory diseases of jaws at persons, doing drug

О. Тимофеев

**Purpose:** to study the features of clinical flow and surgical treatment of inflammatory diseases of jaws at persons, doing drug.

**Methods.** The clinical and laboratory examination of 98 patients with inflammatory diseases jaws for patients, doing drug in age from of 18 to 43 years were conducted.

**Results.** On the basis of the conducted inspections of drug addicts the features of clinical flow of periodontitis are studied, periostitis, osteomyelitis of jaws, and also their complications (abscesses and phlegmons). The features of flow is an aggressiveness of clinical displays, magnitude of defeats of pathological hearth, concomitant pathology, insufficient efficiency of traditional antiinflammatory treatment.

**Conclusions.** In the presented article materials are given on the features of clinical flow of inflammatory diseases of jaws and soft fabrics of area for patients by drug addiction. The features of surgical treatment of these inflammatory processes are indicated for patients with drug addiction, possibility of development of complications. The article is complemented by large illustrative material.

**Key words:** drug addiction, candidiasis, periodontitis, periostitis, osteomyelitis, abscesses, phlegmons, treatment.

Тимофеев Алексей Александрович – д-р мед. наук, профессор, заслуженный деятель науки и техники Украины, заведующий кафедрой челюстно-лицевой хирургии Института стоматологии НМАПО им. П.Л. Шупика.

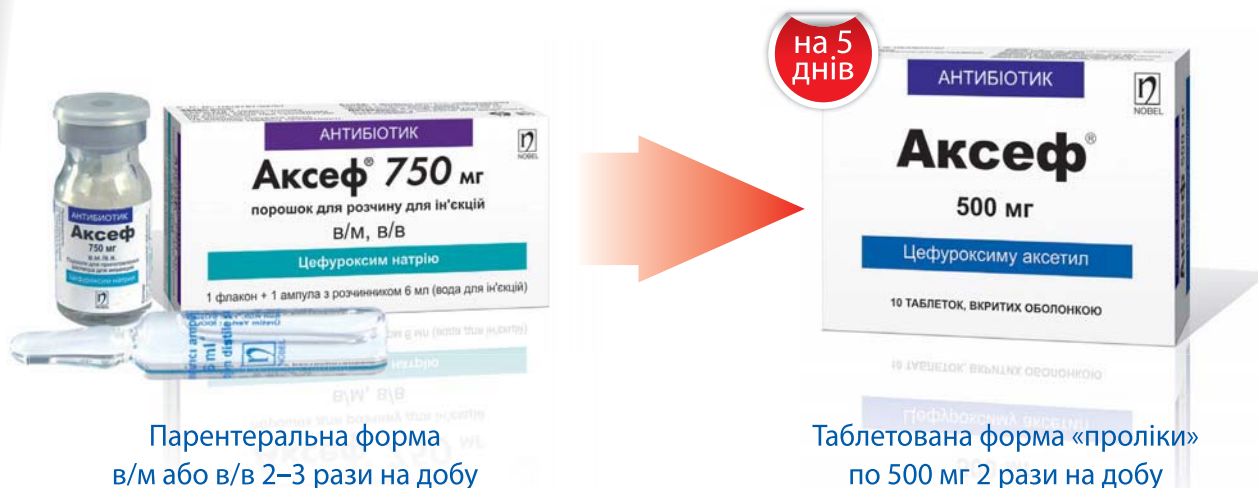
Адрес: г. Киев, ул. Подвысоцкого, 4-а, клиническая больница № 12, кафедра челюстно-лицевой хирургии. Тел.: 528-35-17.

# Аксеф

цефуроксим натрію 750 мг, цефуроксим аксетил таблетки 500 мг № 10 і № 20

## Важливі характеристики в стоматологічній практиці:

- Єдиний<sup>1</sup> в Україні цефуроксим натрію, який має в упаковці ампулу з розчинником 6 мл (вода для ін'єкцій) для впевненості в сумісності з антибіотиком
- Придатний для ступінчастої антибактеріальної терапії у щелепно-лицевій хірургії<sup>2</sup>
- Таблетки у формі «проліки» знижують імовірність розвитку дисбіозу кишечника<sup>3</sup> для хорошої переносимості пацієнтами



Парентеральна форма  
в/м або в/в 2–3 рази на добу

Таблетована форма «проліки»  
по 500 мг 2 рази на добу

### Коротка інформація про застосування препарату Аксеф<sup>4</sup>

**Склад.** 1 таблетка містить цефуроксиму аксетил, екв. цефуроксиму 500 мг. 1 флакон містить цефуроксиму натрію стерильного, екв. цефуроксиму 750 мг. **Форми випуску.** Таблетки, вкриті оболонкою № 10 і № 20. Порошок для приготування розчину для ін'єкцій з ампулою розчинника (6 мл води для ін'єкцій). **Фармакотерапевтична група.** Антибактеріальні засоби для системного застосування. Цефалоспорины II покоління. **Фармакологічні властивості.** Цефуроксим – бактерицидний антибіотик групи цефалоспоринов, проявляє високу активність проти широкого спектра гр (-) і гр (+) м/о, включаючи штами, які продукують β-лактамази. Цефуроксим стійкий до дії β-лактамаз. Цефуроксим виділяється нирками в незміненому вигляді. Концентрація цефуроксиму, що перевищує МПК для більшості поширених патогенних мікроорганізмів, досягається в кістковій тканині, синовіальній та внутрішньоочній рідині. **Спосіб застосування та дози.** Ін'єкційна форма – для більшості інфекцій достатньо 750 мг 2–3 рази на добу в/м або в/в. При позитивній динаміці перебігу захворювання можливий перехід на застосування препарату Аксеф усередину. Профілактика. Звичайна доза – 1,5 г в/в у стадії індукції наркозу при абдомінальних, тазових і ортопедичних операціях, потім доповнено в/м введенням 750 мг через 8 і 16 годин. Таблетована форма – тривалість лікування становить 5–10 днів. Особливості введення препарату. Для в/м введення необхідно додати 3 мл води для ін'єкцій до 750 мг препарату. Обережно збовтувати до утворення суспензії. Для в/в введення розчинити 750 мг в не менш ніж 6 мл води для ін'єкцій. **Побічні реакції:** нейтропенія, еозинофілія, лейкопенія, реакції гіперчутливості, шкірні висипання, свербіж, дискомфорт, нудота та ін. Категорія відпуску. За рецептом. Повна інформація, у тому числі про можливі побічні реакції, міститься в інструкції про медичне застосування препарату. Р. П. МОЗ України № UA/3767/02/01 від 30.07.2010, Р.П. № UA/3767/02/02 від 15.07.2010.

**Джерела:** 1. Дані веб-сайту МОЗ України [www.mozdocs.kiev.ua](http://www.mozdocs.kiev.ua) станом на 25.06.14. 2. Оценка эффективности лечения гнойно-воспалительных процессов мягких тканей челюстно-лицевой области и шеи антибактериальным препаратом «Аксеф» / А.А. Тимофеев и др. // Современ. стоматология. – 2007. – № 2. – С. 79–82. 3. Edlund C. et al. Impact of Cefuroxime-axetil on the Normal Intestinal Microflora // Microbial ecology, health and disease. – 1993. – Vol. 6. – P. 185–189. 4. Інструкція про медичне застосування препарату Аксеф. Інформація для фахівців медицини та фармацевції, а також для поширення на конференціях на медичну тематику.



За додатковою інформацією звертатись у Представництво «Нобель Ілач»: Україна, 04074, м. Київ, вул. Автозаводська, 2а.

Офіційний сайт: [www.nobel.com.ua](http://www.nobel.com.ua)