

Міністерство охорони здоров'я України
Вищий державний навчальний заклад України
«Українська медична стоматологічна академія»

УКРАЇНСЬКИЙ СТОМАТОЛОГІЧНИЙ АЛЬМАНАХ

науково-практичний рецензований журнал

Засновник:

Вищий державний навчальний
заклад України
«Українська медична
стоматологічна академія»

Журнал зареєстровано:

3 жовтня 2000 року,
свідоцтво: серія КВ, № 4591
Державним комітетом інформаційної
політики, телебачення
та радіомовлення України

Передплатний індекс 06358

Мова видання:

українська, російська, англійська

Адреса редакції:

36002, м. Полтава - 2,
вул. Навроцького, 7
тел.(532) 53-25-21
e-mail: usalmanah@mail.ru
info@usalmanah.org.ua

Над номером працювали:

Відповідальний за випуск -
Дворник В.М.

Художній і технічний
редактор – **Моргун В.М.**

Комп'ютерна верстка та дизайн -
Пашенко Л.В.

Переклад англійською мовою –
Романко І.Г.

Рекомендовано до друку Вченою
Радою Вищого державного
навчального закладу України
«Українська медична стоматологічна
академія» та редакційною колегією
журналу, протокол № 5
від 11.02.2015 р.

Свідоцтво державного комітету
телебачення і радіомовлення України
Серія ДК № 1691 від 17.02.2004 р.
Редакційно-видавничий відділ ВДНЗУ
«УМСА», вул. Шевченка, 23,
м. Полтава, 36011

Підписано до друку 18.02.2015 р.
Формат 60x84/8.

Папір офсетний. Друк плоский.
Ум друк. арк. 10,75+0,5 обкл.
Тираж 100 прим.
Замовлення № 61.

№ 1, 2015 р.

Виходить 1 раз за 2 місяці (шість номерів за рік)

РЕДАКЦІЙНА КОЛЕГІЯ:

Головний редактор - **В.М. Ждан** (Україна, Полтава)
Заст. головного редактора - **В.М. Дворник** (Україна, м.Полтава)
Голова редакційної ради – **О.В.Павленко** (Україна, м.Київ)
Літературний редактор - **Т.О. Лещенко** (Україна, м.Полтава)
Науковий редактор - **І.П. Кайдашев** (Україна, м.Полтава)
Відповідальний секретар - **М.В. Хребор** (Україна, м.Полтава)

ЧЛЕНИ РЕДАКЦІЙНОЇ КОЛЕГІЇ:

В.М. Бобирьов (Україна, м.Полтава), В.І. Біда (Україна, м.Київ),
А.П. Гасюк (Україна, м.Полтава), Г.А. Лобань (Україна, м.Полтава)
В.Ф. Макеев (Україна, м.Львів), Т.О. Петрушанко (Україна, м.Полтава),
Л.М. Тарасенко (Україна, м.Полтава), Силенко Ю.І. (Україна,
м.Полтава), П.С. Фліс (Україна, м. Київ), Л.О. Хоменко (Україна, м.Київ)

РЕДАКЦІЙНА РАДА:

Д.С. Аветіков (Україна, м. Полтава), А.В. Борисенко (Україна, м. Київ),
В.І. Гризодуб (Україна, м. Харків), Р.В.Казакова (Україна, м. Ужгород),
Л.Ф. Каськова (Україна, м. Полтава), А.М.Kielbassa (Австрія, м.Кремс),
В.А.Лабунець (Україна, м. Одеса), І.К. Луцька (Білорусія, м. Мінськ),
В.О.Маланчук (Україна, м. Київ), М.Я. Нідзельський (Україна, м. Полтава),
А.К. Ніколішин (Україна, м. Полтава), О.В.Рибалов (Україна, м. Полтава),
М.М. Рожко (Україна, м. Івано-Франківськ), Г.П. Рузін (Україна, м.Харків),
А.В.Самойленко (Україна, м. Дніпропетровськ), Т.П. Скрипнікова (Україна,
м. Полтава), П.М.Скрипников (Україна, м. Полтава), Л. В. Смаглюк (Україна,
м. Полтава), П.І. Ткаченко (Україна, м.Полтава), О.А.Удод (Україна,
м. Красний Лиман), М.М. Угрин (Україна, м. Львів), С.П.Ярова (Україна,
м. Красний Лиман)

Журнал включений до Переліку наукових видань
(№ 1251 від 01.07.2010), в яких можуть публікуватися основні
результати дисертаційних робіт

Журнал розміщений на онлайнних базах даних Національна
бібліотека України ім.Вернадського. GOOGLE SCHOLAR, на бази
Наукової електронної бібліотеки «КИБЕРЛЕНИНКА» Включено до Російсь-
кого індексу наукового цитування (РИНЦ)
на бази Наукової електронної бібліотеки ELIBRARY.RU.
Відповідальність за достовірність наведених у наукових публікаціях фактів,
цитат, стоматологічних та інших даних несуть автори

ХІРУРГІЧНА СТОМАТОЛОГІЯ

- Е.Н. Вакуленко** 41 **Vakulenko K.N.**
 ГЕНДЕРНЫЕ И СЕЗОННЫЕ ОСОБЕННОСТИ ТЕ-
 ЧЕНИЯ ФЛЕГМОН ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ
 ОБЛАСТИ
 GENDER AND SEASONAL FEATURES
 OF DEVELOPMENT PROCESS
 OF PHLEGMON OF MAXILLOFACIAL AREA
- Г. П. Рузин, О. В. Ткаченко** 46 **Ruzin G.P., Tkachenko O.V.**
 КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ ТОКСИЧЕСКОГО
 ОСТЕОМИЕЛИТА В ЗАВИСИМОСТИ ОТ
 ДАВНОСТИ УПОТРЕБЛЕНИЯ НАРКОТИКА
 CLINICAL SYMPTOMS OF TOXIC
 OSTEOMYELITIS DEPENDING
 ON THE TIME OF DRUG USE

ОРТОПЕДИЧНА СТОМАТОЛОГІЯ

- М.Я. Нідзельський, Н.В. Цветкова,
С.С. Ясногорська** 52 **Nidzelsky M.J, Tsvetkova N.V,
Yasnogorskaya S.S.**
 ПРИЧИНИ СКОРОЧЕННЯ ТЕРМІНІВ КОРИСТУ-
 ВАННЯ НЕЗНІМНИМИ КОНСТРУКЦІЯМИ
 ЗУБНИХ ПРОТЕЗІВ
 THE REASONS THAT LEAD TO THE
 REDUCTION OF THE USE OF NON-
 REMOVABLE PROSTHESIS DESIGNS

ОРТОДОНТІЯ

- Г.Б. Мартінек, А.С. Крупник, В.Г.
Мартінек** 56 **G.B.Martinek , A.-S.A Krupnyk ,
V.G.Martinek**
 ВТРАТА ПЕРШИХ МОЛЯРІВ У ПІДЛІТКІВ 13-17
 РОКІВ ЯК "КЛЮЧА ОКЛЮЗІЇ"
 FIRST MOLARS MISSING AS ' OCCLUSION
 KEY ' IN ADOLESCENTS 13-17-YEARS-OLD

СТОМАТОЛОГІЯ ДИТЯЧОГО ВІКУ

- М.А. Гавриленко** 61 **M.A. Gavrilenko**
 ОСОБЛИВОСТІ СТАНУ ТКАНИН ПАРОДОНТА
 В ДІТЕЙ-ІНВАЛІДІВ ІЗ ХВОРОБАМИ
 ЦЕНТРАЛЬНОЇ НЕРВОВОЇ СИСТЕМИ
 FEATURES OF CONDITION
 OF PERIODONTAL TISSUES IN DISABLED
 CHILDREN WITH CENTRAL NERVOUS
 SYSTEM DISEASES
- О.І. Остапко** 65 **O.I. Ostapko**
 МАТЕМАТИКО-СТАТИСТИЧНИЙ АНАЛІЗ ВПЛИ-
 ВУ ЧИННИКІВ ДОВКІЛЛЯ НА СТАН ТКАНИН
 ПАРОДОНТА В ДІТЕЙ У РІЗНИХ ЗА
 ЕКОЛОГІЧНОЮ СИТУАЦІЄЮ РЕГІОНАХ
 УКРАЇНИ
 MATHEMATICAL AND STATISTICAL ANALY-
 SIS OF INFLUENCE OF ENVIRONMENTAL
 FACTORS ON THE PERIODONTAL STATUS
 IN CHILDREN FROM DIFFERENT
 ECOLOGICAL REGIONS OF UKRAINE

ОГЛЯДИ

- Л.Б. Єрис** 70 **L.B.Yerys**
 АНАЛІЗ МЕТОДІВ ВИГОТОВЛЕННЯ ПРОТЕЗА
 НОСА: ПЕРЕВАГИ І НЕДОЛІКИ
 PRODUCTION PROSTHETIC NOSE FOR
 CAD / CAM TECHNOLOGY: ADVANTAGES
 AND DISADVANTAGES
- П. С. Флис, А. И. Душина** 74 **Flis P.S., Dushyna O. I.**
 ВЗАИМООТНОШЕНИЕ ДИСТАЛЬНОЙ ОККЛЮ-
 ЗИИ, МОРФОЛОГИЧЕСКИХ И ФУНКЦИОНАЛЬ-
 НЫХ НАРУШЕНИЙ ПОЗВОНОЧНИКА
 THE RELATIONSHIP BETWEEN DISTAL
 OCCLUSION ABOUT MORPHOLOGICAL AND
 FUNCTIONAL DISORDERS OF THE SPINE
- Л.І. Шкільняк, А.А. Зализюк-Крапівна** 78 **L.I. Shkilniak, A.A. Zalyziuk-Krapivna**
 СКРОНЕВО-НИЖНЬОЩЕЛЕПНИЙ СУГЛОБ.
 ОСОБЛИВОСТІ ФУНКЦІОНАЛЬНОЇ АНАТОМІЇ
 ТА ГІСТОСТРУКТУРИ ПРИ ДИСФУНКЦІЇ
 TEMPORO-MANDIBULAR JOINT. THE
 FEATURES OF FUNCTIONAL ANATOMY
 AND HISTOLOGICAL STRUCTURE DURING
 THE DYSFUNCTION OF TMJ
- З'їзди, конференції, конкурси 84
 ДО ВІДОМА АВТОРІВ 86

УДК: 616.31:[616.716.8 – 018.46 – 022 – 099:616.89 – 008.44133] – 036 – 07

Г. П. Рузин, О. В. Ткаченко

КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ ТОКСИЧЕСКОГО ОСТЕОМИЕЛИТА В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ДАВНОСТИ УПОТРЕБЛЕНИЯ НАРКОТИКА

Харьковский национальный медицинский университет

В настоящее время многие хирурги-стоматологи, сталкиваясь с проблемами лечения пациентов с токсическими остеомиелитами костей лицевого скелета, развившимися на фоне наркотической зависимости, зачастую отмечают частое рецидивирование процесса, что затрудняет прогнозирование результатов оперативного вмешательства [1-7].

Цель исследования

Изучить особенности клинических проявлений токсического остеомиелита костей лицевого скелета, развившихся на фоне употребления наркотиков, в зависимости от стажа употребления и сроков отказа от употребления наркотических веществ.

Материалы и методы исследования

За период 2008-2012 гг. в клинике челюстной лицевой хирургии на базе стоматологического отделения коммунального учреждения здравоохранения «Областная клиническая больница - центр экстренной медицинской помощи и медицины катастроф» (КУОЗ ОКБ - ЦЭМП и МК) г. Харькова регистрировали случаи госпитализации больных с токсическим остеомиелитом челюстей и различными осложнениями его течения. Так, за указан-

ный период на стационарном лечении находились 78 первичных пациентов с остеомиелитическим процессом костей лицевого скелета различной локализации, госпитализированных разное количество раз как по поводу обострений, так и для проведения плановых вмешательств. Все пациенты были обследованы клинически, были произведены клинические анализы крови, мочи, определение антигенов к гепатитам В и С, ВИЧ-инфекции, бактериальные посевы из очагов воспаления, рентгенологические исследования, в т.ч. спиральная и конусная компьютерные томографии.

Результаты исследования и обсуждение

Все больные, у которых был выявлен хронический токсический остеомиелит, признались, что являлись потребителями инъекционного наркотика кустарного производства - первитина. Редкое исключение составили 3 больных, которые отмечали, что употребляли его же внутрь, и один больной, отрицавший прием первитина, но утверждавший, что в больших количествах употреблял амфитамины в виде таблеток [8].

Характеристика стажа употребления наркотика (первитина) больными представлена в табл. 1

Таблица 1
Характеристика длительности употребления первитина больными с токсическим остеомиелитом

Длительность употребления, годы	Абс.	%
До 1 года	7	9,0
1-2 года	18	23,1
2-3 года	26	33,3
3 и более лет	27	34,6
ВСЕГО	78	100,0

Как видно из таблицы, из 78 первичных пациентов лишь 7 человек (9,0 %) употребляли первитин менее одного года, 18 человек (23,1 %) имели стаж употребления от 1 до 2 лет, 26 человек (33,3 %) — стаж от 2 до 3 лет, и 27 человек (34,6 %) употребляли наркотик более 3 лет.

Для многих опрошенных, особенно в возрасте от 30 и более, первитин не был единственным наркотическим средством, которое они употребляли, а скорее последним из используемых. До первитина многие из них отмечают употребление опиатов, в частности морфина и героина, барбитуратов, психостимуляторов.

Отказ от приема первитина является, на наш взгляд, важным не только с наркологической точ-

ки зрения. Прекращается поступление и накопление в организме веществ, способствовавших развитию заболевания. Именно с этого момента необходимо отсчитывать те в среднем 10 лет, которые потребуются организму для обновления всех костных структур [9]. Другими словами, на протяжении 10 лет с момента отказа каждый больной, употреблявший первитин, подвержен риску развития токсического остеомиелита. Даже в случае наилучших результатов лечения токсического остеомиелита, вероятнее всего, в течение 10 лет мы не говорим о «выздоровлении» пациента, а только о «длительности ремиссии». Поэтому проведенная оценка сроков отказа от употребления первитина представляется нам важной (рис. 1).

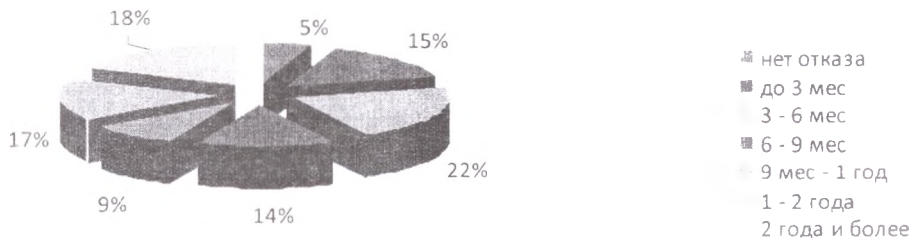


Рис. 1. Характеристика распределения больных в зависимости от длительности отказа от употребления первитина

Нами установлено, что большинство больных (51 пациент - 65,4 % обследуемых лиц) прекратили употребление наркотиков менее года назад, 13 пациентов (16,7 %) — от одного до двух лет назад, и только 14 человек (17,9 %) прекратили употреблять наркотик более чем 2 года назад.

На наш взгляд, одной из отличительных черт токсического остеомиелита является именно его начало. У больных, употреблявших или продолжающих употреблять первитин, тщательный сбор анамнеза и данные клинико-рентгенологических исследований позволили нам установить, что само заболевание провоцируется именно «обнажением» кости в полости рта, к чему может привести ряд причин [10, 11].

Структура локализации остеомиелитического процесса у 78 первичных больных (100,0%) свидетельствует о преимущественном поражении нижней челюсти - у 44 пациентов (56,4 %), верхняя челюсть была поражена у 23 пациентов (29,5 %), обе челюсти - у 11 человек (14,1 %).

Клинические проявления остеомиелитов носили следующий характер: рецессия слизистой с обнажением измененной в цвете некротизированной кости альвеолярного отростка, зловонный запах изо рта, расшатывание и выпадение зубов, прилежащих к дефекту, образование нагноений свищей, вовлечение верхнечелюстного синуса, развитие воспалительных осложнений. Рентгенологические исследования выявляли поражение больших участков кости по сравнению с объемом поражения, выявлявшимся при визуальном осмотре. Характер поражения кости отличался: в ряде случаев было выявлено формирование секвестральной капсулы, однако преобладало поражение кости без четко видимых границ с неизменными участками кости.

Основываясь на клинических проявлениях и рентгенологической характеристике процесса, мы выделили различные виды течения токсических остеомиелитов.

В зависимости от формы мы выделили три типа деструкции:

- литическую;
- секвестральную;
- многоочаговую литическую

В обследованном контингенте выявлено преобладание литической формы, среди первичных пациентов (78 человек - 100,0 %) она отмечена у 50 больных (64 %), многоочаговая литическая - у 11 пациентов (14 %), секвестральная форма была выявлена у 17 пациентов (22 %).

В зависимости от объема поражения мы рас-

пределили больных по 4 классам при поражении нижней челюсти и 5 классам при поражении верхней.

При поражении нижней челюсти:

- класс 1 - поражение альвеолярного отростка в пределах лунок 1–3 зубов;
- класс 2 - поражение альвеолярного отростка и тела нижней челюсти на всю его толщину в пределах 4–6 зубов;
- класс 3 - поражение половины тела нижней челюсти и распространение процесса на ветвь и отростки;
- класс 4 - поражение всей нижней челюсти, включая ветви и отростки.

При поражении верхней челюсти:

- класс 1 - поражение альвеолярного отростка в пределах лунок 1–3 зубов;
- класс 2 - поражение альвеолярного отростка в пределах квадранта, распространение процесса на переднюю стенку гайморовой пазухи;
- класс 3 - поражение альвеолярного отростка в пределах квадранта с распространением на соседний квадрант, переднюю стенку гайморовой пазухи и твердое небо;
- класс 4 - поражение альвеолярного отростка в пределах квадранта, распространение процесса на переднюю и боковые стенки гайморовой пазухи;
- класс 5 - поражение всей верхней челюсти с распространением процесса через переднюю, боковые, верхнюю и заднюю стенки гайморовых пазух на скуловые, височные кости, орбиту и основание черепа

Основываясь на данных анамнеза, был проведен анализ взаимосвязи между клиническими проявлениями заболевания и классом поражения челюстей в зависимости от длительности приема первитина и срока отказа от употребления наркотика.

Оценивая структуру распределения 78 первичных больных по формам течения остеомиелита (секвестральной, литической и многоочаговой литической) в зависимости от стажа употребления первитина, было выявлено следующее

Среди больных со стажем употребления до 1 года преобладали секвестральные формы течения заболевания.

В группе больных со стажем употребления от 1 года до 2 лет распределение больных по формам заболевания было равным, однако литическую и многоочагово-литическую формы в данном контексте можно объединить. Это позволяет утверждать, что литические формы развивались в два раза чаще, чем секвестральные.

В группах со стажем употребления от 2 лет и более больных с литической формой остеомиелита было значительно больше (рис. 2).

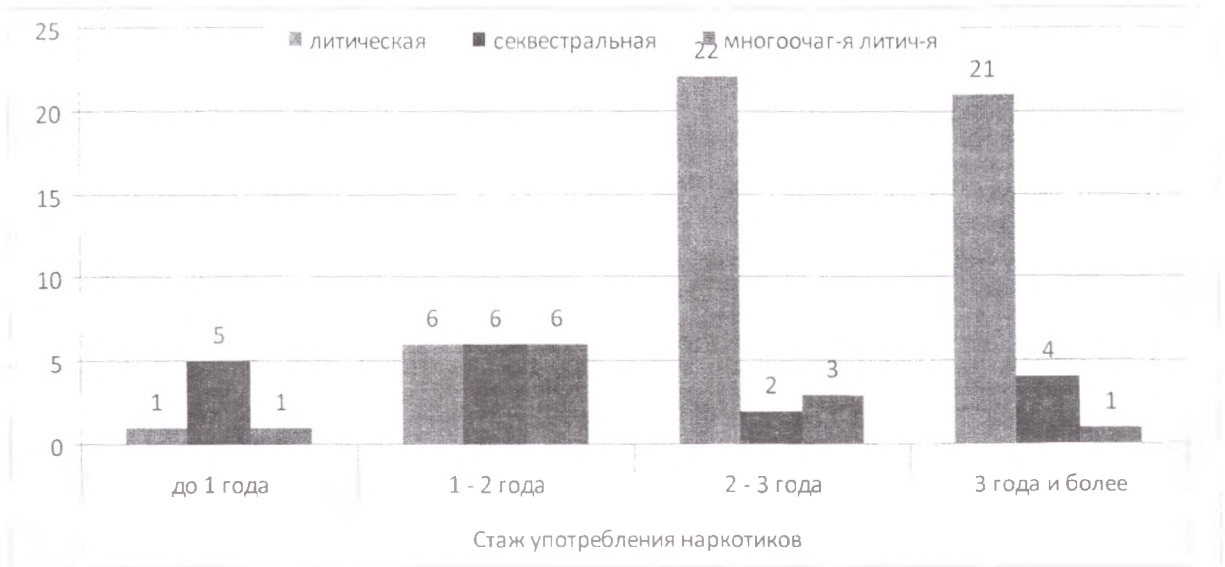


Рис. 2. Структура форм остеомиелита при различном стаже употребления наркотиков среди первичных пациентов

Оценивая форму течения и объем поражения, в соответствии с приведенной ранее классификацией, в зависимости от стажа употребления наркотика, среди 78 первичных больных мы выдели-

ли 44 человека с изолированным поражением нижней челюсти и 23 пациента с изолированным поражением верхней челюсти (рис. 3, 4).

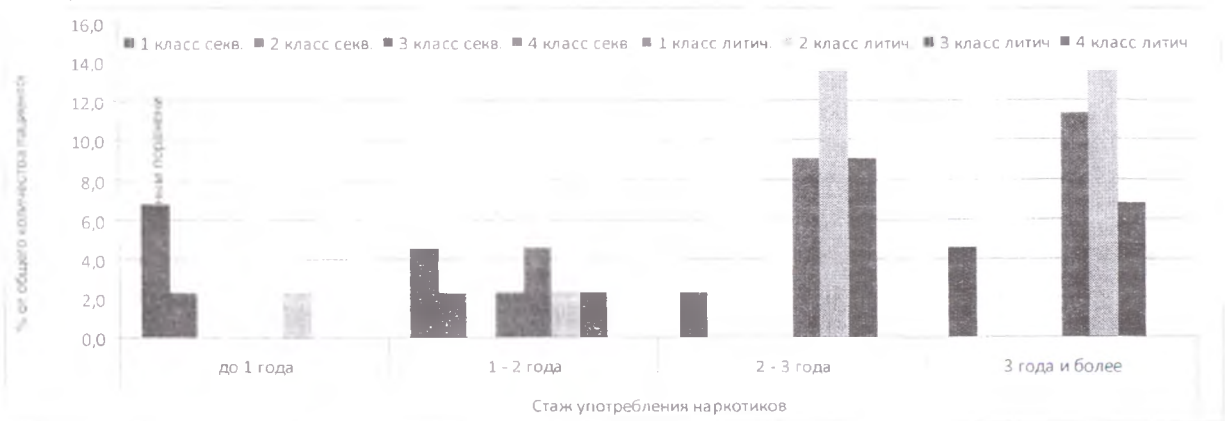


Рис. 3. Структура распространенности остеомиелита при различном стаже употребления наркотиков (только первичное обращение) с учетом формы течения заболевания при изолированном поражении нижней челюсти

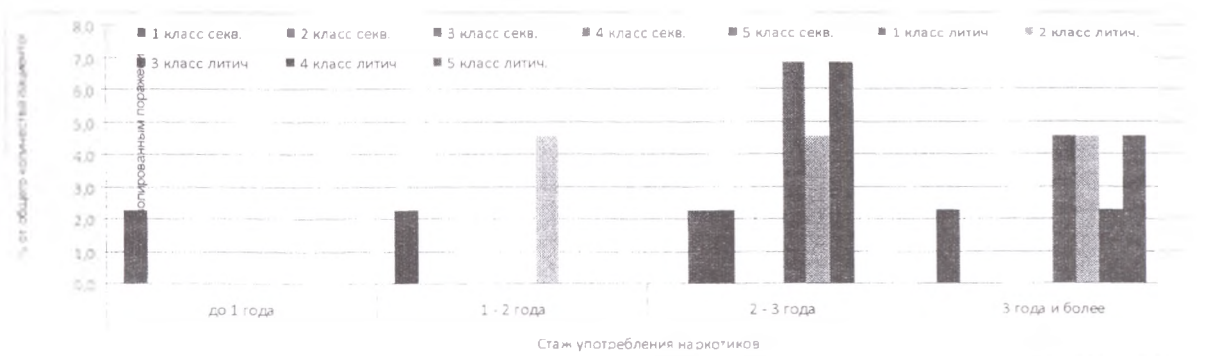


Рис. 4. Структура распространенности остеомиелита при различном стаже употребления наркотиков (только первичное обращение) с учетом формы течения заболевания при изолированном поражении верхней челюсти

Такая же оценка формы течения заболевания и объема очага поражения в соответствии с приведенной ранее классификацией была проведена

в зависимости от длительности отказа от употребления приема первитина (рис. 5, 6, 7).

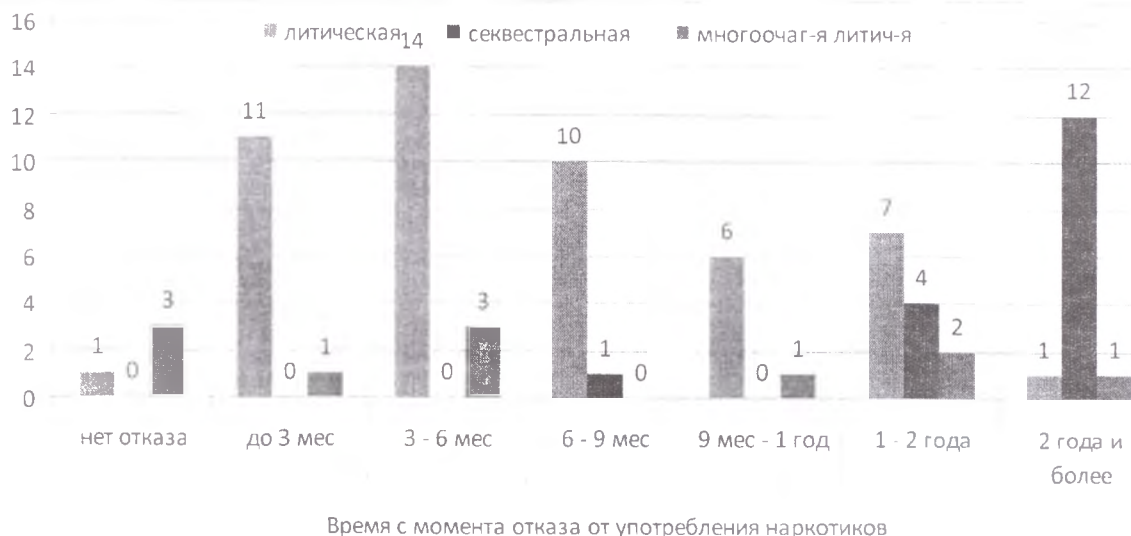


Рис. 5. Структура форм остеомиелита при различном времени с момента отказа от употребления наркотиков

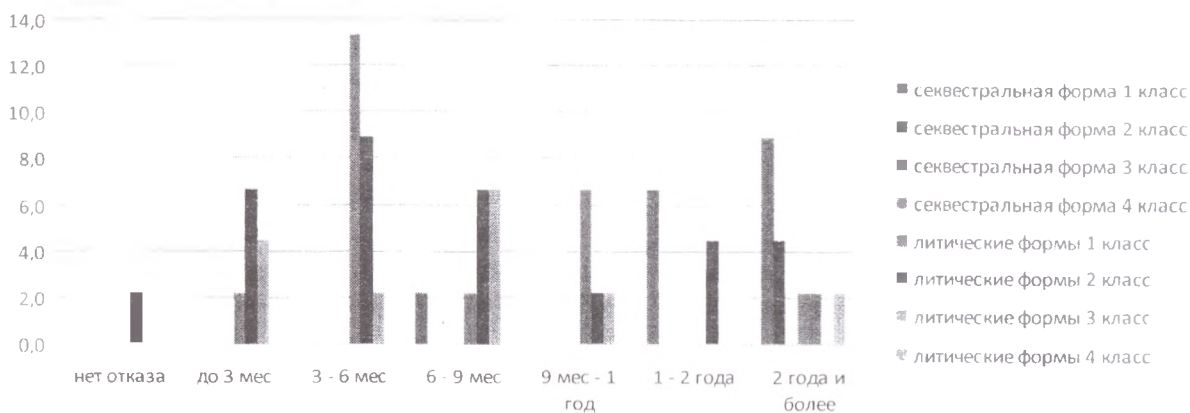


Рис. 6. Характеристика форм остеомиелита при различном времени отказа от употребления наркотиков при изолированном поражении нижней челюсти

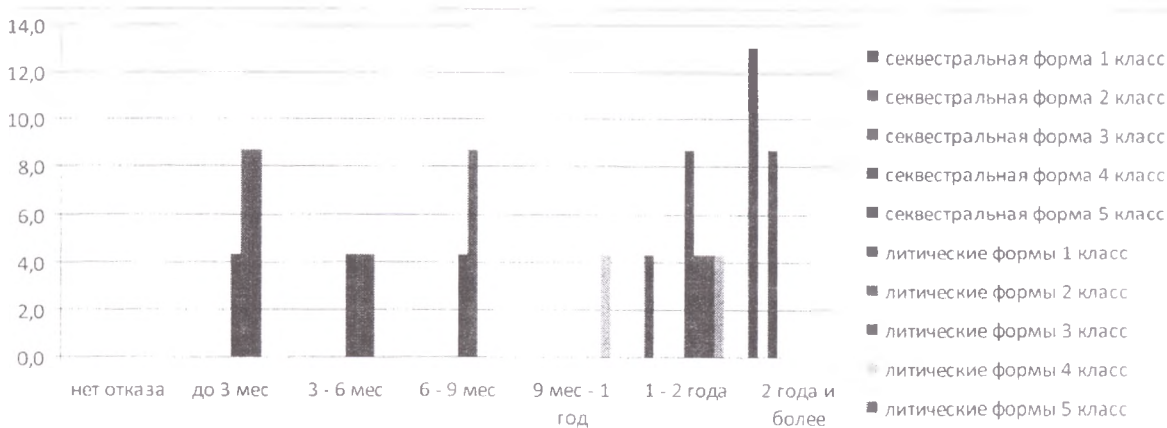


Рис. 7. Характеристика форм остеомиелита при различном времени отказа от употребления наркотиков при изолированном поражении верхней челюсти

Пожалуй, самым тяжелым, как для врача, так и для пациента, является тот факт, что заболевание упорно рецидивирует. После хирургических вмешательств пациенты попадают в клинику вновь, не говоря об обострениях процесса у тех, кто не подвергся удалению некротизированных

участков кости в каком бы то ни было объеме. В результате оценки частоты рецидивов у обследованных пациентов, отбора их по годам обращения было выявлено, что большая их часть (83,3 %) требует госпитализации до 2 раз в год, 15 % - от 2 до 3 раз, 1 % - 3 и более раз в год

(рис. 8). Клинические проявления при рецидивах заболевания представляли собой в большинстве случаев воспалительные осложнения течения

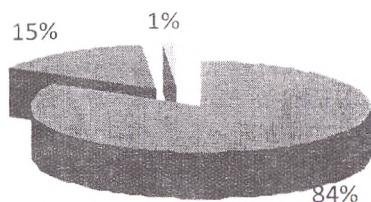


Рис. 8. Средняя частота рецидивов у пациентов

На основании полученных результатов можно сделать вывод, что клинические проявления токсического остеомиелита костей лица у пациентов на фоне наркотической зависимости, в том числе тип деструкции кости, напрямую зависят от срока употребления и отказа от употребления наркотика.

Таким образом, проведенное исследование позволит более четко планировать сроки и объем лечения и прогнозировать возможность рецидивов заболевания.

Литература

1. Маланчук В. А. Особенности рентгенологической картины остеомиелита челюстей у больных на фоне наркотической зависимости / Маланчук В. А., Бродецкий И. С., Забудская Л. Р. // Украинский медицинский часопис. – 2009. – №2 (70). – С. 122-125.
2. Маланчук В.О. Комплексное лечение больных остеомиелитом на фоне наркотической зависимости / В.О.Маланчук, И.С.Бродецкий // Современные достижения и перспективы развития хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии: материалы респ. науч.-практ. конф. с междунар. уч. – Харьков, 2010. – С.51-53.
3. Медведев Ю.А. Остеонекрозы костей лицевого скелета у лиц с наркотической зависимостью: клиника, диагностика, принципы лечения / Ю.А.Медведев, Е.М.Басин // Врач. – 2012. – №2. – С.55-60.
4. Морозова М.Н. Опыт хирургического лечения нетипичного хронического остеомиелита челюстей у больных, освободившихся от наркотической зависимости / М.Н.Морозова, М.Ю.Люперсольский, С.В.Бояринцев // Вісник проблем біології та медицини. – 2013. – Вип 2(100). – С.309-313.

процесса на фоне прогрессирования поражения костных структур.

■ Средняя частота рецидивов (отобраны только годы обращения) до 2 раз в год

■ Средняя частота рецидивов (отобраны только годы обращения) 2-3 раза в год

Средняя частота рецидивов (отобраны только годы обращения) 3 и более раз в год

5. Тимофеев А. А. Клиническое течение гнойно-воспалительных заболеваний челюстей и мягких тканей челюстно-лицевой области у употребляющих наркотик «Винт» / Тимофеев А. А., Дакал А. В. // Современная стоматология. – 2010. – №1. – С. 96-102.
6. Тимофеев А. А. Особенности клинической симптоматики остеомиелитов челюстей у наркоманов / Тимофеев А. А., Дакал А. В. // XVI междунар. конф. челюстно-лицевых хирургов «Новые технологии в стоматологии». - СПб., 2011. - С.177-178.
7. Рузин Г. П. Оценка биохимических маркеров метаболизма костной ткани у больных хроническим токсическим остеомиелитом костей лицевого скелета / Г.П.Рузин, О.В.Ткаченко, И.В.Василенко // XVI междунар. конф. челюстно-лицевых хирургов «Новые технологии в стоматологии». - СПб., 2011. - С. 152.
8. Рузин Г.П. Морально-этические проблемы при лечении больных хроническими токсическими остеомиелитами, развившимися вследствие наркотической зависимости / Г.П.Рузин, О.В.Ткаченко, И.В.Василенко // Украинський стоматологічний альманах. – 2011. – №4. – С.33-35.
9. Поворознюк В.В. Костная система и заболевания пародонта / Поворознюк В.В., Мазур И.П. – К., 2005. – 445 с.
10. Рузин Г.П. Клинико-рентгенологические варианты течения остеомиелита костей лица у наркозависимых больных / Г.П.Рузин, О.В.Ткаченко // Украинський стоматологічний альманах. – 2013. – №1. – С.46-50.
11. Рузин Г.П. Современные взгляды на патогенез остеомиелита челюстей у лиц с наркотической зависимостью / Г.П.Рузин, О.В.Ткаченко // Украинський стоматологічний альманах. – 2009. – №5. – С.15-18.

Стаття надійшла
9.02.2015 р.

Резюме

Обсуждаются особенности клинического проявления токсического остеомиелита костей лица в зависимости от стажа употребления и срока отказа от употребления наркотического препарата

Ключевые слова: остеомиелит, первитин, наркотическая зависимость.

Резюме

Обговорюються особливості клінічних проявів токсичного остеомиєліту кісток обличчя залежно від стажу вживання та строку відмови від уживання наркотичної речовини.

Ключові слова: остеомиєліт, первітин, наркотична залежність.

UDC 616.31:[616.716.8 – 018.46 – 022 – 099.616.89 – 008.44133] – 036 – 07

CLINICAL SYMPTOMS OF TOXIC OSTEOMYELITIS DEPENDING ON THE TIME OF DRUG USE

Ruzin G.P., Tkachenko O.V.

University of Kharkov naczional'nyj of medical

Summary

The article discusses peculiarities of clinical appearances of toxic jaws osteomyelitis depending on drug-abuse and abandonment terms.

Task: specific clinically features of toxic jaws osteomyelitis investigation, depending on the term of drug abuse.

Materials and methods: clinical research was held in the maxillofacial department of Kharkov state clinical hospital. 78 patients with chronic toxic jaws osteomyelitis were examined clinically, laboratory tested for clinical blood tests, hepatitis B and C, HIV infection. X-ray investigations, such as CT and cone beam computed tomography were made. The detailed anamneses of the diseases development were taken. Special attention was given to the duration of drug abusing and to the abandonment terms.

Results and discussion: all the patients admitted the abusing of a self-made amphetamine – pervitin. An average abuse term was 2,6 years. The abandonment of drug abusing is important, for along with the narcologic dependence cessation comes the termination of depositing toxic substances, which cause the disease development. Average abandonment term among investigated group of patients was less than a year.

The structure of the osteomyelitis process localization in 78 primary patients (100.0 %) indicates a primary lesion of the mandible - in 44 patients (56.4 %), upper jaw was struck in 23 patients (29.5%) , both jaws - in 11 people (14.1%).

On examination, patients with toxic osteomyelitis of jaws were presented with following clinical features: recession of the oral mucosa in the site of lesions of bone destruction, necrotized bone exposure in the oral cavity, odor from the mouth, fistulas on skin, involvement of maxillary sinuses. Radiological findings differentiated from well-defined bone destruction margins to diffused bone destruction lesions without clear borders with a healthy bone structures.

Obtained clinical and radiological data served as a background for clinically-radiological toxic jaws osteomyelitis courses classification. According to which, all the patients were divided into 3 types of bone destruction : sequestered, lytic and multifocal lytic. Last one prevailed among patients – it was diagnosed in 64% cases, multifocal lytic type was diagnosed in 14% cases, sequestered – 22% cases. Based on the volume of bone destruction, patients were divided into 4 classes of bone destruction on the lower jaw and 5 classes on the maxilla.

Results of investigations were analyzed in correlation with the drug abusing criteria. Among patients with less than a year drug abusing experience, sequestered types of bone destruction prevailed. Group of patients with year to two long experience lytic types of bone destruction were observed two times more often.

One of the characteristic signs of the disease were frequent clinical relapses, almost 83,3% cases were hospitalized up to two times a year.

Based on these results, we can conclude that the clinical manifestations of toxic facial bone osteomyelitis in patients on a background of drug addiction , including the type of bone destruction , are directly dependent on the duration of use, and avoiding drugs .

The conducted investigation allows more accuracy during volumes and terms of surgical treatment planning, as well as relapses prediction.

Key words: osteomyelitis. pervitin, drug addiction.