

УДК 616.89–008.441.33:616.71–018.46–002–099–036.1–091.8

© Коллектив авторов, 2013

ХРОНИЧЕСКИЙ ТОКСИЧЕСКИЙ ОСТЕОМИЕЛИТ У ЛИЦ, УПОТРЕБЛЯЮЩИХ НАРКОТИК «ПЕРВИТИН»

Г. П. Рузин, О. В. Ткаченко, М. С. Мирошниченко, О. Н. Плитень, А. А. Мирошниченко

Кафедра хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии (зав. – д. мед. н., проф. Г. П. Рузин.), Харьковский национальный медицинский университет. 61022, Украина, г. Харьков, проспект Ленина 4. E-mail: mmmmmmmccc@mail.ru

CHRONIC TOXIC OSTEOMYELITIS IN PATIENTS THAT TAKEN THE DRUG «PERVITIN»
G. P. Ruzin, O. V. Tkachenko, M. S. Myroshnychenko, O. N. Pliten, A. A. Myroshnychenko

SUMMARY

Drug addiction is a serious problem for Ukraine. Drug «pervitin» («vint») has a toxic effect on tissues of the maxillofacial region and on the whole organism.

ХРОНІЧНИЙ ТОКСИЧНИЙ ОСТЕОМІЄЛІТ В ОСІБ, ЩО ВЖИВАЮТЬ НАРКОТИК «ПЕРВІТИН»
Г. П. Рузін, О. В. Ткаченко, М. С. Мирошниченко, О. М. Плітень, О. О. Мирошниченко

РЕЗЮМЕ

У статті автори викладають клініко-морфологічні особливості хронічного токсичного остеомиєліту щелеп, що виникає у наркоманів при вживанні наркотика «первітина» («вінта»).

Ключевые слова: хронический токсический остеомиелит, «первитин», морфология, клиника.

Значительной проблемой для Украины стала наркомания. В Украине, по данным правоохранительных органов, в общей структуре наркотиков, которые изготавливаются и употребляются в наркопритонах, 52% занимает «первитин» («винт»), 41% – героин, 7% – марихуана [1]. «Винт» – это прозрачная либо маслянистая жидкость, имеющая желтый цвет, с характерным запахом яблока. Наркотик «винт» оказывает токсическое влияние как на ткани челюстно-лицевой области, так и на весь организм в целом [3, 4].

Врачам-стоматологам приходится все чаще сталкиваться с ростом количества случаев атипичных вариантов течения гнойно-воспалительных заболеваний челюстно-лицевой области, склонных к переходу в хронический процесс и упорному рецидивированию на фоне неадекватно низкой эффективности проводимой базисной терапии [3].

Цель исследования – выявить клиничко-морфологические особенности поражения костной ткани челюстей у наркоманов, употребляющих наркотик «винт».

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Для изучения особенностей клинического течения хронического токсического остеомиелита (ХТО) челюстей у лиц, употреблявших «винт», проведено обследование 78 пациентов, поступивших в челюстно-лицевое отделение Коммунального учреждения здравоохранения «Областная клиническая больница – Центр экстренной медицинской помощи и медицины катастроф» (город Харьков) с диагнозом «ХТО». Резецированные фрагменты челюстей у данных больных были подвергнуты морфологическому исследованию. Микропрепараты,

окрашенные гематоксилином и эозином, пикрофуксином по ван Гизону, изучали на микроскопе «Olympus BX–41».

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

В последнее десятилетие отмечается тенденция к росту частоты атипично протекающих ХТО костей лицевого скелета у лиц, употребляющих наркотик «винт» [5]. Данные литературы и результаты проведенного нами исследования указывают на то, что ХТО чаще диагностируется у лиц молодого возраста, что подчеркивает социальную значимость проблемы [2, 3, 5]. Так, из 78 обследованных нами больных, в возрасте до 30 лет было 29 человек (37,2%), от 30 до 39 лет – 41 человек (52,5%), старше 40 лет – 8 человек (10,3%). Характеризуя исследуемых больных по половому признаку, отмечено существенное преобладание лиц мужского пола.

При анализе длительности употребления наркотика установлено, что из 78 пациентов лишь 7 человек (9,0%) употребляли его менее одного года, 18 человек (23,1%) имели стаж употребления от 1 до 2 лет, 26 человек (33,3%) – от 2 до 3 лет и 27 человек (34,6%) употребляли наркотик более 3 лет.

При внешнем осмотре больных обращает на себя внимание бледность и желтушность кожных покровов, характерные рубцовые изменения кожных покровов лица, верхних и нижних конечностей. Структура локализации остеомиелитического процесса у 78 больных свидетельствует о преимущественном поражении нижней челюсти, что отмечено у 44 пациентов (56,4%), верхняя челюсть была поражена у 23 пациентов (29,5%), обе челюсти – у 11 (14,1%). При осмотре полости рта определяется различного цвета (от грязно-желтого до грязно-серого) обнаженная костная ткань,

имеющая изъеденную структуру. В области патологического очага зачастую отмечается гнойный экссудат. Процесс сопровождается постоянным гноетечением из свищей на коже и в области очагов в полости рта, длительной хронической интоксикацией.

На основании изучения особенностей клинического течения ХТО выявлены 3 формы деструкции кости: секвестральная (22,0%), литическая (64,0%) и многоочаговая литическая (14,0%), и в зависимости от объема очага выделено 4 класса поражения нижней челюсти и 5 классов поражения верхней челюсти. В ходе исследования нами установлена прямая зависимость между сроком употребления наркотика и тяжестью течения заболевания. Так, после двух лет внутривенного употребления «винта» риск развития литической формы остеомиелита с объемом поражения челюстей от 1 до 2 класса возрастает в 4 раза. Вероятность развития секвестральной формы течения заболевания возрастает в 3 раза после 2 лет отказа от употребления «винта».

Отличительной чертой клинического течения токсического остеомиелита является его распространение по протяжению, без формирования четко выраженных границ секвестрации, с вовлечением все новых прилежащих участков кости и соседних зубов. Необходимо отметить, что в губчатой кости распространение патологического процесса идет значительно быстрее, чем в кортикальном слое, что, на наш взгляд, обусловлено тем, что губчатая костная ткань метаболически более активна и быстрее remodelируется по сравнению с компактной костной тканью (ежегодно обновляется около 25% губчатой костной ткани и 3–4% компактной кости) [5].

При морфологическом исследовании резецированных фрагментов челюстей выявлено, что в значительной части полей зрения определяются распространенные дистрофические и некротические изменения остеоцитов – их вакуолизация, пикноз ядер и клеток в целом, появление «пустых» лакун остеоцитов.

В большинстве изучаемых объектов костной ткани челюстей отмечается местами очаговое, местами диффузное, умеренно либо резко выраженное хроническое воспаление в стадии обострения преимущественно по гнойному типу, в меньшей степени – по серозно-гнойному типу, и в единичных случаях – по фибринозно-гнойному и серозно-фибринозному типу. В результате гнойного воспаления костного мозга, вовлечения в процесс костной ткани, отслойки надкостницы нарушается кровоснабжение костной ткани, что приводит к резорбции, некрозу кости и образованию секвестров.

В некоторых участках около костных структур нередко определяются участки с пазушным рассасыванием костных балок. Вследствие резорбции костной ткани, расширения мозговых полостей и питательных каналов происходит истончение кор-

тикального слоя челюсти и образование в ней дефектов, что способствует распространению воспаления в костную ткань. Так же наблюдается лакунарная резорбция костной ткани со стороны гаверсовых каналов и костномозговых пространств.

В значительном количестве случаев либо в компактной пластине, либо в губчатом веществе, либо и в компактной пластине и губчатом веществе определяется множество участков некроза (секвестров) различного размера и формы. Секвестры преимущественно имеют однотипное строение – некроз составляет центральную часть очага и представлен некротизированной костной тканью, некротизированным костным мозгом и воспалительным гнойным экссудатом; внутренняя оболочка образована грануляционной либо незрелой фиброзной тканью в большинстве случаев с гнойным, гнойно-деструктивным воспалением. Кнаружи внутренняя оболочка данного очага переходит в фиброзную оболочку с инфильтрациями из лимфоидных, плазматических клеток, местами с примесью нейтрофильных лейкоцитов. За фиброзной оболочкой определяется варьирующая по размерам костная оболочка, построенная из губчатой или компактной костной ткани, которая в некоторых полях зрения неярко выражена. В части случаев фиброзная оболочка имеет прерывистое строение или отсутствует и секвестр ограничен только лишь грануляционной тканью. Это свидетельствует о незавершенной демаркации пораженных участков костной ткани и персистенции воспалительной деструкции.

У наркозависимых больных в челюстях Маланчук В. А. так же отмечает обширные участки остеоэпифизиолиза в компактной, губчатой костной ткани, формирование неполных и полных секвестров [4].

В некоторых полях зрения как в компактном, так и губчатом веществе определяются грануляционные, грануляционно-фиброзные и фиброзно-склеротические поля с признаками хронического воспаления в стадии обострения по гнойному либо серозно-гнойному типу со склерозом стенок и явлениями нарушения кровообращения в сосудах микроциркуляторного русла.

Отмечаются признаки нарушения минерализации костной ткани в виде разрежения кости, истончения костных балок, сглаженности их контуров, неравномерного окрашивания и расщепления вдоль линий склеивания костного вещества с демаскированием костных пластин.

Кое-где выявляются единичные участки с регенераторными процессами. Так, определяются поля зрения, в которых видны тонкие волокнистые структуры молодой незрелой костной ткани, все пространство между которыми заполнено новообразованной соединительной тканью и расширенными полнокровными сосудами. Молодые костные балки отличаются от зрелых интактных более светлой окра-

ской и высокой клеточностью костного вещества. Характерен полиморфизм – помимо остеобластов присутствуют хрящеподобные крупные клетки со светлой цитоплазмой. Кроме того, определяются активные остеобласты различной формы (кубической, пирамидальной или угловатой), расположенные на поверхности костных балок и имеющие чаще всего эксцентрично расположенное ядро округлой либо овальной формы. Другие из них замуровываются в костное вещество, превращаясь в остеоциты.

В некоторых участках отмечена полная перестройка ретикулофиброзной костной ткани в зрелую пластинчатую с множеством каналов (образованных остеокластами в результате разрушения ткани) с врастающими в них кровеносными сосудами. Кровеносный сосуд, в свою очередь, определяет упорядоченное (концентрическое) расположение остеобластов вокруг себя. При этом остеобласты синтезируют межклеточное вещество, оссеиновые волокна которого упорядоченно располагаются возле остеобласта и при минерализации формируют костную пластинку.

Выявленное нами торможение репаративных процессов в костной ткани большинством авторов объясняется наличием иммунодефицитных состояний у наркоманов. Иммунодефицитное состояние сопровождается торможением образования цитокинов и морфогенетических белков, участвующих в делении и созревании клеток-предшественников, в том числе стромальных мезенхимальных клеток костного мозга. Снижается не только пролиферативный потенциал клеток-предшественников, но и синтез основного вещества костной ткани, способного к минерализации [2].

ВЫВОДЫ

1. Хронический токсический остеомиелит челюстей, возникающий при приеме наркотика «первитина» («винта»), развивается у лиц молодого возраста. Тяжесть течения данной патологии (объем поражения и форма деструкции кости) зависит от сроков употребления наркотика.

2. Патоморфологическую основу хронического токсического остеомиелита челюстей у лиц, употребляющих «первитин», составляет комплекс дистрофических, некротических, воспалительных и репаративных изменений. Морфологической особенностью данной патологии является преобладание выраженных дистрофических, некротических и воспалительных изменений над репаративными процессами.

ЛИТЕРАТУРА

1. Аналитический доклад. Украина: внутренние перспективы и угрозы. Украинский фонд демократии «Сначала Люди». – 2010. – 41 с.
2. Бондаренко М. О. Закономерности регенерации костной ткани при иммунодефицитном состоянии / М. О. Бондаренко, М. Ш. Мустафаев // *Фундаментальные исследования*. – 2005. – № 5. – С. 40–41.
3. Гарюк Г. И. Распространенность и особенности течения воспалительных процессов ЛОР-органов при сопутствующей наркологической зависимости / Г. И. Гарюк, Д. В. Киричек // *Международный медицинский журнал*. – 2010. – № 4. – С. 64–67.
4. Маланчук В. А. Клинические особенности остеомиелита челюстей у больных с наркотической зависимостью / В. А. Маланчук, А. В. Копчак, И. С. Бродецкий // *Український медичний часопис*. – 2007. – № 4 (60). – С. 111–117.
5. Рузин Г. П. Современные взгляды на патогенез остеомиелита челюстей у лиц с наркотической зависимостью / Г. П. Рузин, О. В. Ткаченко // *Український стоматологічний альманах*. – 2009. – № 5. – С. 15–19.