

**МОРАЛЬНО-ЭТИЧЕСКИЕ ПРОБЛЕМЫ ПРИ ЛЕЧЕНИИ
БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМИ ТОКСИЧЕСКИМИ
ОСТЕОМИЕЛИТАМИ, РАЗВИВШИМИСЯ ВСЛЕДСТВИЕ
НАРКОТИЧЕСКОЙ ЗАВИСИМОСТИ
ETHICAL PROBLEMS DURING THE TREATMENT OF THE
PATIENTS WITH CHRONICAL TOXIC OSTEOMYELITIS
DEVELOPED ON THE BACKGROUND OF DRUG ADDICTION**

Г. П. Рузин, О. В. Ткаченко, И. В. Василенко

Харьковский национальный медицинский университет

Резюме

Обсуждаются морально-этические проблемы, связанные с лечением больных хроническими остеомиелитами костей лицевого скелета, развившимися вследствие наркотической зависимости.

Ключевые слова: остеомиелит, «первитин», наркотическая зависимость.

Summary

The article discusses some ethical problems connected with the treatment of the patients with chronical osteomyelitis of maxillofacial bones, developed on the background of drug addiction.

Key words: osteomyelitis, «pervitin», drug addiction.

Литература

1. Тимофеев А.А. Руководство по челюстно-лицевой хирургии и хирургической стоматологии /А.А.Тимофеев. - К.: Червона Рута - Турс, 1997. – Т.1. – 356 с.
2. Варианты течения остеомиелита костей лицевого скелета у лиц с наркотической зависимостью / Г.П.Рузин, Ю.М.Энтина, И.В.Василенко, А.В.Рак [и др.] // Новые технологии в стоматологии:

- XIV Междунар. конф. челюстно-лицевых хирургов: материалы конф.- СПб., 2009. – С.175.
3. Маланчук В.О. Клінічні особливості остеомієліту щелеп у хворих з наркотичною залежністю /В.О.Маланчук, А.В.Копчак, І.С.Бродецький// Український медичний часопис.-2007.- №4 (60). – VII/VIII. – С.111-117.
 4. Тимофеев А.А. Особенности клинического течения одонтогенных воспалительных заболеваний челюстей и мягких тканей у больных наркоманией и ВИЧ-инфицированных /А.А.Тимофеев // Современная стоматология.-2006.-№2.-С.88-96.
 5. Ткаченко О.В. Особенности течения остеомиелитов у лиц с наркотической зависимостью /О.В.Ткаченко// Медицина третьего тысячелетия: зб. тез міжвуз. конф. молодих вчених та студентів.- Харків, 2009.-С.123-124.
 6. Замісна підтримувальна терапія в лікуванні хворих із синдромом залежності від опіоїдів// Методичні рекомендації МОЗ України.- К., 2008. – 75 с.
 7. Глобальний фонд для боротьби зі СНІД, туберкульозом, малярією прийняв рішення про виділення Україні гранту у розмірі 305 млн. доларів США для протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу [Електронний ресурс]// Комітет з питань протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу та іншим соціально небезпечним хворобам. – 2010. - Режим доступу:

<http://www.stop-aids.gov.ua>

Воспалительные процессы челюстно-лицевой области являются одним из основных видов хирургической стоматологической патологии и отличаются большим разнообразием клинического течения [1]. Развитие и улучшение диагностики и лечения привели к тому, что заболеваемость острым и хроническим одонтогенным остеомиелитом пошла на убыль.

Однако не уменьшается число гнойных поражений мягких тканей лица, но и в этом направлении достигнуты значительные успехи. Казалось бы, что начало нового столетия позволяет, в определенной степени, гордиться успехами в лечении самых распространенных воспалительных процессов челюстно-лицевой области.

К сожалению, оказалось, что радоваться рано. На повестке дня возникла новая проблема: появились больные с атипичным течением одонтогенного остеомиелита. Как вскоре было установлено, всех их объединяло одно общее качество – все они употребляли наркотики, которые и провоцировали особенности течения процесса [2,3,4,5].

Возрастающее количество больных хроническим остеомиелитом на фоне наркотической зависимости вызывает тревогу большинства специалистов в области челюстно-лицевой хирургии в Украине. Проблема уже давно вышла за пределы чисто медицинских, а нарастающее количество больных и процент летальности переводят ее, на наш взгляд, в ранг требующих принятия более активных государственных шагов по предотвращению роста наркомании в стране, тем более, что возраст пациентов редко превышает отметку 40 лет. Роль государства в вопросе борьбы с наркоманией трудно переоценить, если учесть, что одно из решающих значений в процессе формирования зависимости играют социально-экономические и семейно-психологические факторы, а начало так называемой «наркотической карьеры» приходится на уязвимый период от обучения в старшей школе до 20-25 лет. Данные, полученные в результате социологического исследования, проведенного Украинским институтом социальных исследований совместно с Министерством охраны здоровья, а также расчеты UNAIDS и ВООЗ (2005 г.), свидетельствуют о том, что приблизительно 325-425 тыс. жителей Украины употребляют наркотические вещества в том или ином объеме [6]. Употребление наркотиков очень быстро становится «употреблением со

вредными последствиями» - присоединением ВИЧ-инфекции, вирусного гепатита В, С [6]. Украина, к сожалению, уже не первый год лидирует в Европе по темпам роста ВИЧ-инфекции и распространения наркозависимости. 15 декабря 2010 года Правление Глобального фонда по борьбе со СПИД, туберкулезом и малярией приняло решение об удовлетворении в полном объеме заявки Украины для проведения мер противодействия ВИЧ-инфекции/СПИД. Сумма будущего гранта составит 305 млн. долларов США, эти средства будут выделены Украине в период с 2012 по 2016 гг. [7].

В предыдущие годы наиболее распространенным наркотиком среди ПИН (потребителей инъекционных наркотиков) были опиоиды, но последнее время все большую «популярность» приобретают самодельные психостимуляторы [6]. На сегодня существует достаточное количество научных публикаций о проблеме лечения хронических токсических остеомиелитов костей лицевого скелета, развившихся вследствие употребления наркотического вещества кустарного производства, относящегося к группе амфетаминов, – первитина.

Говоря об особенностях клинической картины заболевания, следует отметить, что развитие заболевания отмечается как у лиц, продолжающих употреблять препараты, так и спустя длительный промежуток времени после прекращения их употребления. Как правило, развитию и прогрессированию процесса предшествует обострение хронического периодонтита с формированием поднадкостничного абсцесса. После удаления зуба и вскрытия очага больные отмечают быстрое распространение процесса в кости по протяжению, иногда с вовлечением других костей лицевого скелета. Характерной особенностью процесса является отсутствие выраженной линии демаркации секвестрирующихся участков кости, как на рентгенограмме, данных КТ, так и при оперативном

вмешательстве, что значительно затрудняет определение объема подлежащей удалению некротически измененной кости.

Характер распространения остеомиелитического процесса в костях лицевого скелета по протяжению, с вовлечением все новых участков кости обуславливает высокую частоту рецидивов заболевания и, соответственно, неоднократность травмирующих, инвалидизирующих операций. Поражение же костей основания черепа, где выполнение радикальных секвестрэктомий затруднительно, нередко ведет к формированию гнойных очагов эпи- и субдурально, даже после санирования которых течение заболевания выходит на «финишную прямую».

Это тяжелое заболевание, кроме физических страданий, определяет еще и целую цепочку морально-этических проблем, которые можно разделить на два направления.

Во-первых, проблема самого непосредственного общения с больными. Эмоциональная нестойкость, отсутствие альтернативных интересов, изменение психики больного затрудняют формирование доверительных отношений между пациентом и врачом. Поэтому разъяснительные беседы, направленные на создание мотиваций к лечению, объяснения необходимости проведения операции, перечисление возможных последствий при запущенных стадиях заболевания редко воспринимаются больными с должным вниманием. При первичном обращении редкого пациента заставляют задуматься приводимые врачом логические цепочки развития летального исхода после банального удаления зуба, пусть даже они подкрепляются фотографиями клинических примеров. И, недооценив агрессивность заболевания, больные игнорируют проблему иногда годами. В качестве трагичного примера можно привести опыт лечения нами одного пациента, который во время первого обращения в нашу клинику в 2007 г. сказал: «Все люди, как люди, – годами колятся и ничего, а мне, дураку, не повезло – один год колюсь и уже проблемы». В

течение последующих трех лет, по мере возникновения очагов остеомиелитического процесса, ему были проведены операции удаления некротизированных участков кости на верхней челюсти, скуловой кости, нижней челюсти. В 2010 г. он скончался в месте лишения свободы от внутричерепных осложнений.

Сложность доверительного общения часто определяется и тем, что доводы хирурга о невозможности эффективного лечения при продолжении употребления наркотика часто не воспринимаются пациентом, т.к. исходят не от нарколога. К сожалению, нельзя сейчас сказать о тесном сотрудничестве нарколога и хирурга при контактах с подобного рода больными, хотя определенные усилия в этом направлении и предпринимаются. На наш взгляд, их необходимо расширять.

Во-вторых, проблема неизбежного взаимоотношения с родными и близкими пациентов, которые, к сожалению, в ведущейся борьбе нередко из союзников становятся врагами. Частота развития рецидивов, даже после, казалось бы, радикальных вмешательств, подрывает доверие к лечащему врачу и нередко становится причиной конфликтов, учиняемых родственниками больных. Врач зачастую превращается в обвиняемого, виновного «во всех бедах по всем статьям», - от стоматолога, который первым произвел хирургическую операцию у больного с наркотической зависимостью от первитина или ее последствиями (и, предположительно-соответственно, с извращенными репаративными способностями костной системы), до сотрудников челюстно-лицевых отделений областных и городских центров, которые, несмотря на усилия научных исследований, продвигаются к решению этой проблемы «на ощупь». При общении с родственниками таких пациентов необходимо не жалеть времени на подробную, всестороннюю информацию о тяжести заболевания, о вариабельности течения, об их роли в достижении конечного результата. Очень важно добиться «перехода противника на свою сторону», чтобы

обеспечить двойное положительное воздействие на извращенную наркотиком психику больного. Если говорить о возможных вариантах «развития отношений» между врачом, пациентом и родственниками, то, исходя из того, что «действующих лиц» трое, имеем такое же количество основных «коалиций и противостояний».

1) Врач и больной – родственники.

Чаще всего возникает, когда пациент категорически отказывается признавать родным о причинах развития заболевания, и врач, принимая его сторону, вынужденно оказывается в неловком положении недомолвок и лавирования при общении с родственниками. Однако, как правило, эта ситуация не так плоха. Чаще всего в этой ситуации больные, осознав всю тяжесть и опасность болезни, искренне стремятся и прилагают максимум усилий в борьбе с болезнью.

2) Врач и родственники – больной.

Самый распространенный вариант, когда измотанные ежедневной борьбой с зависимостью ребенка, мужа или жены, родственники прибегают к поддержке врача, а он, в свою очередь, старается «максимально не стесняться в выражениях» при описании течения заболевания и возможных осложнений. Все с единой целью – добиться переломного момента – появления желания выйти из зависимости и начать лечение. Можно отметить, что существование самого заболевания с физической болью, им вызываемой, прямая связь между зависимостью и болезнью переводят разговоры о целесообразности прекращения употребления наркотика в совершенно иную, ощутимую плоскость, в отличие от ситуации, которая может складываться на приеме у нарколога.

3) Больной и родственники – врач.

Пожалуй, самый тяжелый вариант. Как правило, больные в этом случае, изворачиваясь, обманывают и родных, и врача, что чаще всего

ведет к претензиям, упрекам и скандалам, где обвиняемым становится врач.

Здесь, конечно же, следует сказать, что, к счастью, встречается еще один вариант - случаи, когда, в отличие от известной басни, все, что называется, «смотрят в одну сторону» - когда и врач, и больной, и его родные вместе нацелены на достижение положительного результата.

Проблема необходимости добиться отказа больного от употребления наркотиков становится главной. На сегодня день можно с уверенностью связать между собой относительно стабильные положительные результаты лечения со сроком полного отказа от употребления первитина. Здесь во всей своей жестокости сам собой всплывает вопрос целесообразности проведения оперативных вмешательств пациентам, осознавшим всю тяжесть заболевания и риск развития возможных осложнений, но не прекратившим употребление наркотиков. Врач имеет право подобный вопрос себе задать. Но ответить на него очень трудно. Однозначного ответа быть не может. Преступить клятву врача невозможно, необходимо лечить каждого, любого больного. С другой стороны сознавать, что в условиях ежедневного риска инфицирования вирусами гепатита С, ВИЧ-инфекцией твои усилия бессмысленны и бесполезны, очень тяжело. Оговаривая заранее редкие исключения из правил, следует сказать, что общий поток этой группы больных формирует негативное предубеждение медицинского персонала перед их лечением.

Наша статья является, безусловно, дискуссионной, и мы ожидаем обсуждения и предложений в развитии этой важной проблемы.