

29. Naoe M., Ogawa Y., Takeshita K., et al. Bacillus Calmette-Guerin-pulsed dendritic cells stimulate natural killer T cells and gammadelta T cells // *Int. J. Urol.* – 2007. – Vol. 14. – № 6. – P. 532–538.

30. Von Meyenn F., Schaefer M., Weighardt H., et al. Toll-like receptor 9 contributes of Mycobacterium bovis Bacillus Calmette-Guerin by Flt3-ligand generated dendritic cells // *Immunobiology.* – 2006. – Vol. 211, № 6–8. – P. 557–565.

Координаты для связи с авторами: Мордык Анна Владимировна – д-р мед. наук, заведующая кафедрой фтизиатрии и фтизиохирургии ОмГМА, тел. 8–(3812)–65–30–15, e-mail: amordik@mail.ru; Цыганкова Елена Александровна – ассистент кафедры фтизиатрии и фтизиохирургии ОмГМА; Пузырева Лариса Владимировна – канд. мед. наук, ассистент кафедры фтизиатрии и фтизиохирургии ОмГМА, тел. 8–(3812)–40–45–20, e-mail: puzirevalv@mail.ru; Турица Анна Анатольевна – канд. мед. наук, доцент кафедры поликлинической педиатрии ОмГМА, тел. 8–(3812)–23–03–78.



УДК 616.89–008.441.33:616.31

С. И. Токмакова, Ю. В. Луницына

ОСОБЕННОСТИ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО СТАТУСА БОЛЬНЫХ ОПИЙНОЙ НАРКОМАНИЕЙ

*Алтайский государственный медицинский университет,
656058, пр. Ленина, 40, тел. 8–(3852)–47–16–95, e-mail: agmutterst@mail.ru, г. Барнаул*

Резюме

Наркомания представляет сегодня прямую угрозу человечеству, приобретающую характер эпидемии. Потребление населением наркотических препаратов постоянно растет. Наиболее злокачественной признана опиийная наркомания, которая в настоящее время представляет собой актуальную проблему не только в социальном, но и в биологическом, и медицинском аспектах. Применение наркотических веществ приводит к интоксикации всего организма, нарушению функций органов и тканей полости рта. Актуален алгоритм распознавания орофациальных симптомов наркозависимости, систематизация сведений о проявлениях наркомании в полости рта. Стоматологическая патология у данного контингента больных сегодня активно изучается. Представлен обзор данных отечественной и зарубежной литературы о влиянии опиийной наркозависимости на твердые ткани зубов, пародонт, слизистую оболочку полости рта и губ, костные структуры. Показана распространенность различной патологии полости рта у наркозависимых больных и зависимость тяжести поражения от длительности приема психотропного вещества; отмечены особенности течения стоматологических заболеваний у данной группы пациентов, а также особенности оказания им стоматологической помощи.

Ключевые слова: опиийная наркомания, полость рта, патология.

S. I. Tokmakova, Y. V. Lunitsyna

DENTAL STATUS OF PATIENTS WITH OPIOID ADDICTION (LITERATURE REVIEW)

Altai State Medical University, Barnaul

Summary

Drug addiction is a direct threat to humanity today, taking the character of the epidemics. Consumption of narcotics is growing. Opium addiction is currently a serious issue and concern not only socially, but also in the biological and medical aspects. The use of drugs leads to intoxication of the whole organism, dysfunction of organs and tissues of the mouth. Recognition algorithm of orofacial symptoms of drug addiction, systematization of information on the manifestations of drug abuse in the mouth are very important. Dental pathology in this group of patients is being actively studied. An overview of the data of domestic and foreign literature on the impact of opiate dependence on the hard tissues of the teeth, periodontal, oral mucosa and lips, bone structure is presented in the article. Our data shows the prevalence of various pathologies of the oral cavity in patients with drug dependence and the severity of the duration of use of psychotropic substances; marked peculiarities of dental disease in this group of patients, and especially the provision of dental care to them.

Key words: opiate addiction, oral cavity, pathology.

Прямую угрозу нации на сегодняшний день представляет наркомания, приобретающая характер эпидемии. В мире зарегистрировано 52–185 млн. человек (1–3% населения Земли) систематически злоупотребляющих наркотиками [29, 32, 33]. По данным зарубежной и отечественной литературы потребление населением наркотических препаратов постоянно растет [10, 26]. Доля наркоманов, приходящая на Российскую Федерацию по данным НИИ Наркологии составляет около 5 млн. человек. Наиболее злокачественной признана опийная наркомания, которая составляет 82,9% от общего числа наркоманий [29, 32, 33].

В настоящее время наркомания представляет собой актуальную проблему не только в социальном, но и в биологическом, и медицинском аспектах [26, 43]. За последние годы многократно доказано, что употребление наркотиков опийного ряда (кустарно ацелированный опий, под жаргонным названием «ханка», героин) вызывает серьезные патологические изменения практически со стороны всех органов и систем в организме человека – в нервной, сердечно-сосудистой, иммунной, мочеполовой, пищеварительной системах и т. д. [27, 41, 42]. К сожалению, проводя терапевтические и профилактические мероприятия по коррекции острой органной недостаточности, которая страдает у наркоманов в первую очередь, без должного и своевременного внимания остается так называемая «следовая» патология, тканевая или системная реакция, которая проявляется на более поздних сроках наркотизации [12]. Разумеется, вреден не только сам героин (его производные), еще более вредными являются его «составляющие», которые для увеличения веса и объема добавляют в «дозу», или используемые для окончательной доводки порошка до инъекционной формы ингредиенты – уксусный ангидрид, димедрол, супрастин, тавегил. К этому нужно добавить многократное применение шприца, малоприменимые к этому случаю понятия асептики и антисептики. Извращенная реакция на анестетики, психическая реактивность – дополняют образ наркомана на стоматологическом приеме [13, 14, 35].

По данным ряда авторов, наркомания имеет многолетнее течение, сопровождающееся периодами обострения и клинической ремиссии. За последнее время клиническая картина наркомании претерпела существенные изменения. Применение наркотических веществ приводит к интоксикации организма и нарушению функций органов и тканей полости рта [26].

Курация стоматологических больных с наркозависимостью представляет собой проблему как в клиническом аспекте (специфика формирования и течения воспалительных заболеваний пародонта, нарушения саливации, высокая распространенность очагов хронической одонтогенной инфекции), так и в лечебном (организация лечения, извращенная толерантность к анестетикам) [9, 21]. Актуален алгоритм распознавания орофациальных симптомов наркозависимости из-за отсутствия систематизированных сведений о проявлениях наркомании в полости рта [9, 21]. Стоматологическая патология у данного контингента больных сегодня активно изучается. Отдельные работы освещают различные

аспекты поражения органов и тканей рта у опиоидозависимых больных [1, 9, 21].

Особенности клиники кариозного процесса.

Парентеральное употребление наркотиков оказывает токсическое влияние на органы полости рта: отмечены высокие показатели распространенности (96–100%) и интенсивности кариеса зубов [26, 29]. Интенсивность кариеса у наркоманов в 2 раза больше, чем у лиц, не употребляющих наркотики. При стаже наркотической зависимости более 5 лет у пациентов часто развивается множественный кариес, переходящий в пульпит и периодонтит, которые отличаются вялотекущим течением [32, 33]. Картина «безболевого» кариеса и пульпита очень специфична для пациентов-наркоманов [13]. Часто у наркоманов наблюдается картину полного отсутствия коронок всех зубов на альвеолярном отростке. При этом стоматологических жалоб нет [14]. Выявляется сильнейшая дистрофия сосудистого нервного пучка зуба. Даже при жизни пульпа зуба выглядит как грязная белая нить [12]. Доказано повышение показателей электроодонтодиагностики пульпы интактных зубов (в 9–18 раз), позволяющее считать данный признак патогномичным при опийной зависимости [3, 28, 29].

Воспалительные заболевания пародонта. Морфологические изменения в тканях пародонта характеризуются прогрессирующим реакцией воспаления, склерозирования и атрофии и обуславливают гингивит, пародонтит [38, 39]. Микрофлора зубного налета в патогенезе воспалительных заболеваний пародонта у потребителей наркотиков-опиатов играет вторичную роль [29].

С увеличением продолжительности применения опиоидных наркотиков (более 1,5 лет) воспалительно-дистрофические процессы в тканях пародонта значительно усиливаются [32, 33, 45]. В ходе исследования (Фурсова А. Д., 2009) установлено, что у пациентов в возрасте до 30 лет потребляющих наркотики менее 1,5 лет существенных изменений в полости рта не отмечается; с увеличением стажа применения наркотиков в возрасте до 30 лет изменения нарастают и выражаются в развитии следующих форм патологии: хронический катаральный, гипертрофический, язвенный и смешанные формы гингивита. У пациентов более старшего возраста (с 31 до 40 лет) с различным стажем преимущественно наблюдаются явления генерализованного хронического пародонтита (как правило, средней степени тяжести), отмечены так же явления гипертрофии краевого пародонта. Особенностью проявления патологии полости рта у наркоманов, являются вялотекущее течение заболеваний, медленное купирование острых явлений [32], прогрессирующая деструкция костной ткани [2, 9, 21]. Надо отметить, что более тяжелые формы патологии пародонта, имеют место у пациентов молодого возраста, имеющих значительный наркотический стаж приема наркотиков на фоне соматических нарушений. Результаты исследований свидетельствуют о том, что распространенность воспалительных заболеваний пародонта у пациентов, страдающих наркотической зависимостью от опиатов, в 2,2 раза выше, чем у лиц, не употребляющих наркотики [16, 17, 18, 19, 32, 33]. Гингивит у наркоманов

встречается в 1,5 раза (88,9% случаев) [26, 36], а пародонтит – в 10 раз чаще, чем у пациентов, не принимающих наркотик (64,1% случаев) [9, 21 32]. Клинические показатели РМА и Rüssel, характеризующие степень вовлечения тканей пародонта в воспалительный процесс, наглядно отображают нарастание интенсивности поражения тканей пародонта у пациентов, страдающих наркотической зависимостью от опиатов [32, 33]. Гигиеническое состояние полости рта у наркоманов значительно хуже, чем у лиц, не употребляющих наркотических веществ (ИГ=2,54±0,34) [26, 46].

Изменения слизистой оболочки полости рта. Для пациентов, страдающих наркотической опийной зависимостью, характерен бледный цвет слизистой оболочки полости рта [26]. Определяется обложенность спинки языка ярко-желтым налетом с резкой гипертрофией желобоватых и грибовидных сосочков [26] и снижением вкусовой чувствительности [30]. Хроническая опийная интоксикация вызывает снижение тактильной, болевой, температурной чувствительности десны и вкусовой рецепция языка (в среднем в 2,5–3 раза) [22, 29].

Гистологически у опиоидозависимых пациентов выявляют следующие изменения: гиперсекреция слизистых клеток, их апикулярная и (или) тотальная десквамация, многочисленные слизистые гранулы, появление слюнных телец обтурирующего характера, наличие внутриклеточных и свободно находящихся среди структур скоплений бактериальной микрофлоры, набухание и очаговая деструкция базальной мембраны, отек интерстиция. Наличие инфильтрата в стенке сосуда и вокруг него является морфологическим признаком васкулита [9, 21].

На слизистой оболочке полости рта и губ выявляются хейлиты, кандидоз, афтозный стоматит, герпес и очаги лейкоплакии [24, 32, 33].

Изменение микрофлоры полости рта. Полное отсутствие гигиены полости рта приводит к нарушению микробиоценоза полости рта [11, 32, 33], характеризующегося увеличением высевов условно-патогенной и патогенной флоры на фоне уменьшения или отсутствия нормальных представителей микробного пейзажа [26]. Микробный пейзаж биотопов полости рта опиоидных наркоманов отличается качественным разнообразием и количественными характеристиками, выражающимися в достоверном преобладании кокковой: *Streptococcus* spp (5,61±0,2 КОЕ/см²), *Staphylococcus* spp. (4,8±0,4 КОЕ/см²), анаэробной (*Neisseria* spp (4,0±0,3 КОЕ/см²), *Klebsiella* spp (3,4±0,2 КОЕ/см²) и грибковой *Candida* spp (4,8±0,4 КОЕ/см²) флоры [9, 21]. Микрофлора пародонта у наркоманов с большим стажем приема наркотиков значительно отличается от микрофлоры практически здоровых лиц. В 30% случаев обнаруживаются патогенные микроорганизмы в виде пиогенных кокков: *St. Pyogenes* и *Staph. aureus*. Условно-патогенная микрофлора у наркоманов представлена в основном *Candida albicans*, *Escherichia coli*, родом *Klebsiella* и *Proteus*, *Pseudomonas aeruginosa* [32, 33]. Определяются различия в их высеваемости у наркоманов в зависимости от стажа приема наркотиков. У больных только начавших принимать наркотики среды условно-патогенных микроорганизмов появляются

представители рода *Proteus*. Тогда как у наркоманов со стажем присутствуют микроорганизмы рода *Klebsiella* и *Escherichia coli*.

Изменения количества и качества слюны. Смешанная слюна опиоидзависимых больных характеризуется снижением скорости секреции, pH, уровня неорганического фосфора, коэффициента поверхностного натяжения слюны, увеличением количества осадка и вязкости, уровня кальция, Са/Р коэффициента и количества белка [29]. Повышение кислотности и изменение биохимического состава способствует нарушению всех функций слюны (защитной, бактерицидной, минерализирующей, транспортной и пр.) [12]. Чистый секрет околоушных слюнных желез характеризуется снижением в среднем в 2 раза, по сравнению с показателями у здоровых лиц, скорости саливации и вязкости [4, 26, 29, 37]. Выраженность патоморфологических изменений слюнных желез пропорциональна длительности употребления психоактивных веществ [9, 21]. В осадке ротовой жидкости при цитологическом исследовании выявляются изменения эпителиоцитов слизистой полости рта, тяжесть которых зависит от длительности приема наркотика [26].

Состояние иммунитета полости рта. Тяжесть клинических проявлений у больных наркоманией, вызванной препаратами опия, сочетается с повышенной интенсивностью работы иммунной системы, которая отражается в сдвигах иммунограммы [6, 7, 8, 40]. Выраженные клинические признаки хронической интоксикации организма этих больных подтверждаются снижением содержания нейтрофилов в крови и угнетением их фагоцитарной активности [44]. Индекс нагрузочных тестов, отражающий связанность компонентов иммунной системы у больных с опийной наркозависимостью в 1,4 раза ниже нормы [23].

Доказано изменение местного иммунитета полости рта [5]. У опиоидзависимых пациентов концентрация sIg A в ротовой жидкости изменяется в 3 фазы [34]: при стаже наркотизации менее 5 лет, она снижена, при стаже от 5 до 10 лет концентрация sIg A в ротовой жидкости значительно возрастает, при стаже более 10 лет – резко снижается, что совпадает с общим иммунодефицитным состоянием на фоне тяжелых поражений внутренних органов [32, 33]. Характерно, что самое высокое содержание sIg A соответствует, как правило, тяжелым токсическим поражениям внутренних органов, что предполагает аутоиммунный механизм поражений. Механизмы изменения концентрации sIgA в ротовой жидкости при наркотической зависимости окончательно не изучены. Однако есть предположение, что повышение концентрации sIgA является следствием развития аутоиммунной патологии [32].

Твердофазным иммуноферментным методом анализа (ИФА) установлена диагностическая значимость методов сравнительного определения иммуноглобулинов класса А, связывающих конъюгаты морфина, каннабиноидов, амфетаминов в слюне и сыворотке крови больных наркоманией [15, 20, 32, 33].

Изменения костных структур. Результаты исследований свидетельствуют о том, что у лиц, страдающих наркотической зависимостью от опиатов, происходят существенные изменения состояния костных

структур зубочелюстной системы [25]. Рентгенологическая картина пародонта и костной ткани челюстей у опиоидзависимых лиц в динамике роста срока употребления наркотиков характеризуется нарушением контактов между зубами, неравномерным снижением высоты межзубных перегородок, расширением периодонтальной щели с образованием костных карманов, разрыхлением компактной пластинки межальвеолярных перегородок и нарушением структуры костной ткани челюстей, а также достоверным снижением оптической плотности нижнечелюстной кости в зонах межальвеолярных перегородок в первую очередь, а в дальнейшем и в теле челюсти [29]. В данной группе больных увеличивается частота и тяжесть переломов челюстей, причем значительно возрастает число осложнений, таких как остеомиелит, остит и др. [32, 33], возрастает число зубочелюстных деформаций, жевательная эффективность зубочелюстной системы снижается в 1,8 раза [29].

Одонтогенные воспалительные заболевания [31]. Причиной госпитализации наркоманов в хирургические стационары в 92% случаев являются гнойно-септические осложнения (абсцесс, флегмона, лимфаденит, тромбоз вен и др.).

Периоститы у наркоманов чаще имеют острое или же обострившееся хроническое течение. Лишь у единичных больных выявляется хронический периостит. Острые и обострившиеся формы периоститов характеризуются умеренно выраженным или вялотекущим клиническим течением. Отличительной особенностью является то, что слизистая оболочка альвеолярного отростка и переходной складки имеет застойно-синюшный вид, рыхлая. Сглаженности переходной складки не обнаруживается, гиперпластических явлений со стороны периоста не наблюдается. Рентгенологическая картина при периостите соответствует таковой у больных с периодонтитом (определяются остеопорозные очаги в челюсти).

Одонтогенные остеомиелиты челюстей у наркозависимых пациентов имеют особенности клинического проявления. Они характеризуются хроническим течением и обширностью поражения. Особенностью одонтогенных остеомиелитов у наркозависимых пациентов является хронический, прогрессирующий и быстротекущий характер клинического течения, всегда присутствует обнажение костной ткани альвеолярного отростка, которая имеет нежизненный (тусклый, ма-

товый, грязно-серый и др.) вид, характеризуется отсутствием грануляционной ткани в патологическом очаге, отсутствием выраженной гиперемии слизистой оболочки и наличием утолщения околожелюстных мягких тканей, их малой болезненностью. Для этих больных характерно неудовлетворительное заживление постэкстракционных ран и низкая эффективность проводимых общепринятых лечебных мероприятий. При осложнениях клинического течения хронических одонтогенных остеомиелитов челюстей нередко возникают абсцессы и флегмоны мягких тканей челюстно-лицевой области и шеи, которые у наркозависимых пациентов имеют свои особенности течения.

Абсцессы и флегмоны имеют затяжной характер течения, отличаются обширностью поражения мягких тканей, характеризуются выраженной инфильтрацией подлежащих тканей, гиперемией кожных покровов, наличием на коже единичных или множественных свищей, через которые выделяется гнойное содержимое, присутствием гнойно-некротических очагов. Послеоперационные раны заживают вяло, медленно заполняются вялыми единичными грануляциями, которые пропитаны серозно-гнойным экссудатом. Края кожи послеоперационных ран рыхлые, гиперемированы, истончены, легко разрываются при натяжении, частично некротизированы. Традиционное консервативное лечение послеоперационных ран недостаточно эффективно, 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.

Выводы

Особенностью лечения стоматологической патологии у наркоманов, является короткое время их пребывания в стационаре и необходимость быстрого проведения мероприятий по санации полости рта, включающих удаление разрушенных зубов и зубов с III степенью подвижности, лечение кариеса зубов и его осложнений, противовоспалительное лечение пародонта и заболеваний слизистой оболочки полости рта [33]. Лечение у стоматолога способствует исчезновению отечного, воспалительного, болевого симптомов, улучшению общего состояния, формированию мотивации наркопотребителей к здоровому образу жизни [26].

Литература

1. Алиев Ш. Р. Симптоматическая реакция полости рта на наркотическую зависимость // Современные аспекты профилактики интоксикации и лечения стоматологических заболеваний. – М., 2000. – С. 62.
2. Андреева Н. Б. Изменения в тканях пародонта при хронической морфинной интоксикации и применение антиоксиданта дибунула с целью коррекции (экспериментальное исследование): автореф. дис. канд. мед. наук. – Москва, 2002. – 20 с.
3. Бимбас Е. С. Ранние проявления приема опиатов в полости рта у подростков // Институт стоматологии. – 2004. – № 1. – С. 62.
4. Бимбас Е. С. Состояние слюнных желез у подростков при парентеральном применении опиатов // Институт стоматологии. – 2003. – № 2. – С. 50–53.
5. Воложин А. И., Фурсова А. Д., Смирнов А. В. Диагностическое значение определения концентрации секреторного иммуноглобулина в ротовой жидкости у лиц, принимающих наркотики опийного ряда // Cathedra. – 2007. – № 4. – С. 57–58.
6. Вырупаев К. В. Особенности иммунитета и гемостаза у больных с опийной наркоманией: автореф. дис. ... канд. мед. – Чита, 2000. – 18 с.

7. Гамалея Н. Б., Иванец Н. Н., Анохина И. П. Нарушение функции иммунной системы при алкогольной и наркотической зависимости // Наркология: национальное руководство. – М., 2008. – С. 134–175.
8. Гасанов А. Б. Функциональная морфология органов иммунной системы при хронической наркотической интоксикации: автореф. дис. ... д-ра мед. наук. – М., 2010. – 35 с.
9. Горячев Д. Н. Морфофункциональная оценка состояния тканей пародонта и слюнных желез у наркологических пациентов: автореф. дис. ... канд. мед. наук. – Казань, 2011. – 19 с.
10. Горячев Д. Н., Мухамеджанова Л. Р. Стоматологическая заболеваемость наркологических больных и пути ее снижения // Общественное здоровье и здравоохранение. – 2011. – № 2. – С. 32–36.
11. Горячев Д. Н., Мухамеджанова Л. Р., Баязитова Л. Т. Микроэкология биотопов полости рта наркозависимых пациентов // Клиническая стоматология. – 2011. – Т. 58. – № 2. – С. 88–91.
12. Гусев Ю. С. Стоматологические проблемы у больных наркоманией // Профилактика наркомании: материалы III научно-практической конференции (Омск, 3 февраля 2000 г.). – Омск, 2000. – С. 136–137.
13. Гусев Ю. С., Черемисина И. Ю. Стоматологические аспекты проблемы организации лечебной помощи больным наркоманией и СПИДом // Доклады Омского отделения международной академии наук экологии и безопасности жизнедеятельности. – Т. 1, вып. 1. – Омск, 2000. – С. 76.
14. Гусев Ю. С. Особенности стоматологической патологии у больных, относящихся к группе риска при наркомании // Доклады Омского отделения международной академии наук экологии и безопасности жизнедеятельности. – Омск, 2000. – Т. 1, вып. 1. – С. 63.
15. Демерчан Ш. А. с соавт. Разработка иммуноферментного анализа иммуноглобулинов класса А, связывающих производные опиатов, каннабиноидов, амфетаминов в слюне и сыворотке крови у больных наркоманией // Биотехнология. – 2007. – № 2. – С. 91–96.
16. Долова А. И. Применение антиоксиданта мексидола в комплексном лечении хронического генерализованного пародонтита у пациентов, страдающих наркотической зависимостью от опиатов (экспериментально-клиническое исследование): автореф. дис. ... канд. мед. наук. – М., 2006. – 18 с.
17. Долова А. И., Казарина Л. Н. Особенности состояния полости рта у пациентов, страдающих наркотической зависимостью от опиатов // Материалы II научно-практической конференции, посвященной памяти проф. Е. Е. Платонова. – М., 2004. – С. 46–48.
18. Долова А. И., Казарина Л. Н. Особенности состояния пародонта у пациентов, страдающих наркотической зависимостью от опиатов (предварительные данные) // Нижегородский медицинский журнал. – 2004. – № 2. – С. 107–109.
19. Долова А. И. Особенности местного иммунитета полости рта у пациентов, страдающих наркотической зависимостью от опиатов // Материалы Третьего Российского конгресса по патофизиологии с международным участием. Дизрегуляторная патология органов и систем. – Москва, 2004. – С. 186.
20. Киселева Р. Ю., Петроченко С. Н., Мягкова М. А., Брюн Е. А., Фурсова А. Д. Разработка иммуноферментного анализа иммуноглобулинов класса А, связывающих производные амфетамина в слюне больных наркоманией // Вопросы наркологии. – 2009. – № 1. – С. 30–36.
21. Колчев А. А. Клинико-лабораторная характеристика состояния органов и тканей полости рта у подростков больных опийной наркоманией: автореф. дис. ... канд. мед. наук. – М., 2005. – 21 с.
22. Лохов Е. В. Характеристика основных стоматологических заболеваний у лиц с различной резистентностью зубов на фоне гепатитов и парентеральной наркомании: автореф. дис. ... канд. мед. наук. – Омск, 2000. – 19 с.
23. Лукачер Н. Г. Изменения иммунного статуса у больных опийной наркоманией: автореф. дис. канд. мед. наук. – М., 1993. – 22 с.
24. Могильникова М. В., Сидельникова Е. В. Стоматологические изменения у курильщиков и наркоманов // Доклады Омского отделения МАНЭБ. – Омск, 2000. – Вып. 1. – С. 61.
25. Москаленко В. Д. Медицинские последствия алкоголизма и наркомании // Наркология. – 2007. – № 7. – С. 52–57.
26. Надьмова И. А. Диагностика и лечение ранних проявлений патологии полости рта у подростков при героиновой наркомании: автореф. дис. ... канд. мед. наук. – Екатеринбург, 2006. – 22 с.
27. Робаданова А. И. Функциональное состояние героинзависимых лиц в условиях абстинентного синдрома и в постабстинентный период: автореф. дис. ... канд. биол. наук. – Астрахань, 2009. – 20 с.
28. Сизиков А. В., Струев И. В. Стоматологический статус у больных опийных наркоманов в молодом возрасте // Актуальные вопросы педиатрии. – Омск, 2000. – С. 84–85.
29. Струев И. В. Патогенетическое обоснование комплекса диагностических и лечебно-профилактических мероприятий при стоматологической реабилитации больных опийной наркоманией: автореф. дис. ... д-ра мед. наук. – Омск, 2006. – 32 с.
30. Струев И. В. Изменение деятельности вкусового анализатора у лиц, страдающих опийно-диметрловой наркоманией // Опиная наркомания в молодом возрасте. – Омск, 1998. – С. 50–51.
31. Тимофеев А. А., Дакал А. В., Кишкowska Е. Н. Клиническое течение одонтогенных воспалительных заболеваний челюстей и мягких тканей у больных наркоманией // Современная стоматология. – 2009. – № 1. – С. 94–98.
32. Фурсова А. Д. Патогенетические особенности стоматологического статуса и лечения наркоманов в зависимости от стажа опиоидной зависимости и выраженности абстинентного синдрома: автореф. дис. ... д-ра мед. наук. – М., 2009. – 20 с.
33. Фурсова А. Д., Воложин А. И. Особенности стоматологического статуса у лиц зависимых от опиоидных наркотиков // Сборник трудов научной кон-

ференции: Актуальные проблемы стоматологии. – М., 2004. – С. 152–153.

34. Фурсова А. Д. Содержание sIgA в ротовой полости опийных наркоманов в состоянии интоксикации // Сборник трудов научной конференции: «Актуальные вопросы клинической медицины». – М., 2005. – С. 179.

35. Cook H., Peoples J. Management of the oral surgery patient addicted to heroin // J. Oral. Maxillofac. Surg. – 1989. – № 47. – P. 281–285.

36. Davis R.K., Baer P.N. Necrotizing ulcerative gingivitis in drug addict patient being withdrawn from drugs: Report of two cases // Oralsurg. Oral. Med. Oral. Pathol. – 1979. – № 31. – P. 200–204.

37. Cugno F. Di., Peres C.J., Tocci A, A. Salivary secretion and dental caries experience in drug addict // Arch. Oral. Boil. – 1981. – № 5. – P. 363–367.

38. Du M., Bedi R, Guo L. Oral health status of heroin users in a rehabilitation centre in Hubei province, China // Community Dent. Health. – 2001. – Vol. 18, № 2. – P. 94–98.

39. Fazzi M., Vescovi P, Savi A. The effect of drugs on the oral cavity [Article in Italian] // Minerva Stomatol. – 2001. – Vol. 48, № 10. – P. 485–489.

40. Nunez J., Ursua J. Opioids and the immune system // Rev. Med. Chil. – 1999. – Vol. 127. – P. 341–348.

41. Oser A. G. The medical complications of narcotic addiction // Med. J. Aust. – 1997. – Vol. 1. – P. 497–499.

42. Rees T.D. Oral effects of drug abuse // Crit. Rev Oral. Biol. Med. – 1992. – № 3. – P. 163–184.

43. Single S., et al. Morbidity and mortality to alcohol, tobacco and illicit drug use in Canada // Amer. J. Publ. Health. – 1999. – Vol. 89, № 3. – P. 385–390.

44. Szabo I., et al. Suppression of peritoneal macrophage phagocytosis of *Candida albicans* by opioids // J. Pharmacol, exp. ther. – 1993. – № 267. – P. 703–706.

45. Tilsas A. Impact of opioid use on dentistry // AHSU. Dent. J. – 2002. – Vol.47. – P. 94–98.

46. Yukna R.A. Cocaine Periodontitis // Mem. J. Periodonl. Restor. Dent. – 2009. – Vol. 49. – P.73–79.

Координаты для связи с авторами: Токмакова Светлана Ивановна – д-р мед. наук, профессор, заведующая кафедрой терапевтической стоматологии АлГМУ, тел. 8–(3852)–47–16–35; Луницына Юлия Васильевна – канд. мед. наук, ассистент кафедры терапевтической стоматологии АлГМУ, тел. 8–(3852)–42–98–57, e-mail: lunizyna.julja@mail.ru.



УДК 340.624.1:636.7 (048.8)

И. В. Власюк, А. И. Авдеев, А. В. Баранова

ПОВРЕЖДЕНИЯ, ПРИЧИНЯЕМЫЕ СОБАКАМИ, ПРИ АГРЕССИИ В ОТНОШЕНИИ ЧЕЛОВЕКА

*Дальневосточный государственный медицинский университет,
680000, ул. Муравьева-Амурского, 35, тел. 8–(4212)–32–63–93, e-mail: nauka@mail.fesmu.ru, г. Хабаровск*

Резюме

В данном обзоре, на основании изучения судебно-медицинской и клинической литературы, авторы показывают актуальность исследования повреждений, причиняемых животными, при агрессии в отношении человека. Даны сведения о встречаемости данного вида травмы в случаях нападения собак, о частоте повреждений различных частей тела взрослых и детей, локализации и морфологической картине повреждений. При анализе литературных источников установлено, что наиболее часто повреждения взрослым причиняются собаками крупных и средних пород, а детям – мелких пород. Наиболее тяжелые травмы наблюдаются у детей. Травмы, причиненные собаками, могут относиться как к легким, так и к тяжелым и, соответственно, различно квалифицируются по степени тяжести причиненного вреда здоровью. Повреждения, причиняемые зубами собак, могут имитировать ссадины, раны и кровоподтеки, образующиеся при иных видах травм, а их дифференцировка подчас затруднительна. Оценка характера повреждений и условий их возникновения, особенно в случаях со смертельным исходом, должна проводиться по результатам комплексного исследования. Способы и методы изучения повреждений, причиняемых собаками человеку, нуждаются в научной разработке, так как в настоящее время отсутствует единый методологический подход в данном вопросе, как у отечественных, так и зарубежных авторов.

Ключевые слова: зубы, укушенные раны, укус собаки, нападение животного.