

*Г.І. ГАРЮК, Д.В. КИРИЧОК*

## **ОСОБЛИВОСТІ ПОКАЗНИКІВ ПЕРИФЕРИЧНОЇ КРОВІ ПРИ ГНІЙНО-ЗАПАЛЬНИХ ПРОЦЕСАХ В ЩЕЛЕПНО-ЛИЦЬОВІЙ ДІЛЯНЦІ У ХВОРИХ З НАРКОЗАЛЕЖНІСТЮ**

*Каф. оториноларингології та дитячої оториноларингології  
(зав. – проф. Г.І. Гарюк) ХМАПО; КЗ «Сумська обласна клінічна лікарня»*

В останні роки збільшилися кількість та частота звертань хворих з наркологічною залежністю у клініки загального профілю, в тому числі у хірургічні стаціонари. Лікарям різних спеціальностей доводиться все частіше зустрічатися з ускладненнями наркоманії [2, 4, 5, 6, 9, 10, 11].

Незважаючи на те, що наркоманія є прерогативою клінічної наркології, вона торкається також інших клінічних дисциплін: неврології, психіатрії, токсикології, інфекційних хвороб, терапії, педіатрії, травматології, гінекології й акушерства, дерматології, реаніматології, хірургії [1, 3, 7, 8, 13] та ін.

Кількість летальних випадків внаслідок наркотизації (від передозування, інфекційних та гнійно-септичних захворювань, соматичних ускладнень) також збільшується [1, 12, 13]. Найвища летальність зареєстрована серед опійних наркоманів, здебільшого у осіб чоловічої статі. За даними різних авторів, вона складає 18-48% [1, 2].

За останнє десятиліття в Україні з'явилися наукові повідомлення, які свідчать про актуальність, новітній характер проблеми гнійної хірургічної патології у наркозалежних хворих [4, 8, 12].

Отже, проблема наркоманії перестала бути об'єктом зацікавленості лише наркологів, в зв'язку з чим лікарі різних спеціальностей, у тому числі й хірурги, почали всебічне вивчення цієї патології.

**Мета дослідження** – аналіз результатів лабораторного дослідження показників периферичної крові у пацієнтів з наркозалежністю.

### **Об'єкт і методи дослідження**

Проведено ретроспективний аналіз архівних історій хвороби 51 особи з супутнім діагнозом наркоманії, які перебували на стаціонарному лікуванні у відділенні стоматології, хірургічної стоматології й щелепно-лицьової та реконструктивної хірургії обличчя на базі 4-ї міської клінічної лікарні швидкої та невідкладної допомоги м. Харкова з 2008 по 2009 роки. На підставі клінічних, лабораторних, рентгенологічних досліджень у всіх хворих був визначений діагноз хронічного одонтогенного остеомиєліту з атипичним перебігом у стадії загострення; наркоманія.

Розподіл обстежуваних з супутнім діагнозом наркоманії за статтю та віком представлено в табл. 1.

Згідно з табл. 1, усього за 2008-2009 роки у відділенні знаходився на лікуванні 51 пацієнт з супутнім діагнозом наркоманії, з яких було 38 (74,5%) чоловіків і 13 (25,5%) жінок. Вік хворих коливався від 21 до 49 років, середній показник віку складав  $32,25 \pm 0,84$  років, в тому числі для жінок -  $31,38 \pm 1,7$ ; для чоловіків -  $32,55 \pm 0,98$ . Співвідношення жінки/чоловіки становило 1:2,92. Обстежувані, котрі не досягли 21 року, на стаціонарному лікуванні за вказані роки не реєструвались. На лікуванні перебувало 17 (33,3%) осіб віком від 21 до 30 років, від 31 до 40 років - 30 (58,9%) і від 41 до 50 років - 4 (7,8%). Слід зазначити, що всі пацієнти були у працездатному віці, що підкреслює соціальну значимість проблеми їх лікування.

**Результати досліджень та їх обговорення**

Розподіл хворих за характером патології представлено в табл. 2.

Як видно з табл. 2, за характером патології істотно переважали хворі на хронічний токсичний остеомієліт щелеп (у 36; 70,6%), з яких у 23 (45,09%) був хронічний токсичний остеомієліт нижньої щелепи, у 9 (17,6%) – остеомієліт верхньої щелепи, у 3 (5,9%) – остеомієліт верхньої та нижньої

щелеп та у 1 (2,0%) – остеомієліт верхньої щелепи та пазухи решітчастої кістки. Хронічна токсична остеодистрофія виявлена у 10 (19,6%) осіб, поєднання остеомієліту та остеодистрофії нижньої щелепи – у 2 (3,9%). Окрім того, спостерігався остеонекроз верхньої щелепи та піднебінної кістки у 1 (2%) (рис.1) та поєднання хронічного токсичного остеомієліту нижньої щелепи з остеонекрозом – у 2 (3,9 %) осіб (рис. 2).

Таблиця 1

Розподіл хворих із супутнім діагнозом наркоманії за статтю та віком

| Вікові групи хворих           | 21-30 років |       | 31-40 років |       | 41-50 років |       | Всього   |       |
|-------------------------------|-------------|-------|-------------|-------|-------------|-------|----------|-------|
|                               | чоловіки    | жінки | чоловіки    | жінки | чоловіки    | жінки | чоловіки | жінки |
| Стать обстежуваних            |             |       |             |       |             |       |          |       |
| Абсолютна кількість хворих    | 12          | 5     | 22          | 8     | 4           | 0     | 38       | 13    |
| Всього                        | 17          |       | 30          |       | 4           |       | 51       |       |
| Відносна кількість хворих (%) | 23,5%       | 9,8%  | 43,2%       | 15,7% | 7,8%        | 0%    | 74,5%    | 25,5% |
| Всього                        | 33,3%       |       | 58,9%       |       | 7,8%        |       | 100%     |       |

Таблиця 2

Розподіл хворих по характеру патології

| Характер патології                                    | Кількість хворих (абс.) | Відносна кількість |
|---|-------------------------|--------------------|
| Хронічний остеомієліт:                                | 36                      | 70,6%              |
| - верхньої щелепи                                     | (9)                     | (17,6%)            |
| - нижньої щелепи                                      | (23)                    | (45,1%)            |
| - верхньої та нижньої щелеп                           | (3)                     | (5,9%)             |
| - верхньої щелепи та решітчастого лабіринту           | (1)                     | (2,0%)             |
| Хронічна остеодистрофія:                              | 10                      | 19,6%              |
| - верхньої щелепи                                     | (1)                     | (2,0%)             |
| - нижньої щелепи                                      | (9)                     | (17,6%)            |
| Хронічний остеомієліт і остеодистрофія нижньої щелепи | 2                       | 3,9%               |
| Хронічний остеомієліт нижньої щелепи з остеонекрозом  | 2                       | 3,9%               |
| Остеонекроз верхньої щелепи та піднебінної кістки     | 1                       | 2%                 |
| Усього пацієнтів                                      | 51                      | 100%               |



Рис. 1. Остеонекроз верхньої щелепи та піднебінної кістки



Рис. 2. Хронічний остеомиєліт щелепи з остеоонекрозом

Особливої уваги потребують результати лабораторного дослідження периферичної крові як найбільш об'єктивного показника реакції організму на перебіг гнійно-некротичного процесу.

Вміст лейкоцитів у крові пацієнтів коливався в межах від  $4,0$  до  $23,6 \cdot 10^9/\text{л}$ , складаючи в середньому  $9,49 \pm 0,49 \cdot 10^9/\text{л}$ . Лейкоцитоз супроводжувався нейтрофіліозом та паличкоядерним зсувом вліво в 70% випадків. Лейкоцитоз вище за  $9,0$  визначено всього у 20 (38,8%) хворих, а більше 15 – лише у 4 (8,2%). Одночасно у 31 (61,2%) обстежуваного, незважаючи на наявність гнійно-септичного захворювання, відмічено нор-

мальні показники рівня лейкоцитів у крові ( $4,0$ - $9,0 \cdot 10^9/\text{л}$ ).

З огляду на важливу роль лейкоцитів у специфічному й неспецифічному захисті організму, а також у реалізації типових патологічних процесів можна припускати наявність пригнічення факторів захисту в даній категорії хворих.

Під час госпіталізації до стаціонару рівень гемоглобіну крові у пацієнтів з наркозалежністю коливався в межах 64-165 г/л, середньостатистичний показник становив  $130,00 \pm 3,04$  г/л. У той же час рівень гемоглобіну в межах 100-120 г/л констатовано у 9 (17,65%) осіб, вищий за 120 – у 37 (72,55%), а нижчий за 100 – у 5 (9,8%).

Кількість еритроцитів у крові коливалася в межах від  $2,7$  до  $5,58 \cdot 10^{12}/\text{л}$ , середньостатистичний показник складав  $4,34 \pm 0,08 \cdot 10^{12}/\text{л}$ , вміст еритроцитів у периферичній крові в межах 3,0 – 3,7 констатовано у 6 обстежуваних, лише у 1 він дорівнював  $2,7 \cdot 10^{12}/\text{л}$ . Показник еритроцитів у крові хворих контрольної групи коливався від  $2,3$  до  $4,6 \cdot 10^{12}/\text{л}$ , середньостатистичний показник становив  $3,52 \pm 0,06 \cdot 10^{12}/\text{л}$ , рівень еритроцитів у периферичній крові в межах 3,0-3,7 спостерігався у 35 осіб, лише у 4 він був меншим, ніж  $3,0 \cdot 10^{12}/\text{л}$ , з чого можна зробити висновок, що показники червоної крові у наркозалежних пацієнтів, незважаючи ні на їх загальний стан, ні на тривалість наркотизації, та в контрольній групі залишаються в межах норми. Не дивлячись на нормальні показники червоної крові, ми виявили статистично достовірне збільшення кількості еритроцитів та показника гемоглобіну у хворих основної групи, що, на нашу думку, вказує на хронічну гіпоксію органів, в тому числі нирок, що супроводжується посиленням вироблення факторів, які стимулюють еритропоез.

ШОЕ коливалася в межах 5-65 мм/год, становлячи в середньому  $25,65 \pm 4,17$  мм/год, у той же час нормальні показники ШОЕ виявлені лише у 15, що складає 29,4% від усіх проаналізованих історій хвороб пацієнтів.

Кількість тромбоцитів коливалася в межах від 171 до  $928 \cdot 10^9/\text{л}$ , середньостатистичний показник дорівнював  $390,45 \pm 20,47 \cdot 10^9/\text{л}$ . Нормальні показники тромбоцитів спостерігалися лише у 18 осіб,

що складає 35,29% від проаналізованих історій хвороб. В контрольній групі зареєстровані нормальні показники у 46 (90,19%) хворих, кількість тромбоцитів коливалася в межах  $190 - 370 \cdot 10^9/\text{л}$ , середньостатистичний показник складав  $276,25 \pm 5,85 \cdot 10^9/\text{л}$ . За даними літератури, найбільш частою причиною тромбоцитозу у більшості пацієнтів (88%) є реактивний або вторинний процес (Schafer, 2004). Тромбоцитоз найчастіше обумовлюється інфекціями, злоскісними захворюваннями або хронічним запаленням, а також ушкодженням тканин під час операції. Реактивний тромбоцитоз викликається збільшенням ендogenous рівня тромбопоетину, ІЛ-6, інших цитокинів або катехоламінів, які можуть продукуватись при запаленні, інфекціях або стресі. Враховуючи зазначені дані літератури, не можна виключити роль псевдоефедрину та кодеїну (складові кустарних наркотичних речовин) у виникненні тромбоцитозу. На нашу думку, тромбоцитоз може бути одним з діагностичних критеріїв хронічної інтоксикації, в тому числі наркотичними речовинами.

У зв'язку з неповноцінністю периферичної венозної мережі у хворих з наркозалежністю, що зумовило важкість забору крові, біохімічні аналізи вдалося зробити у обмеженої кількості пацієнтів за суворими показаннями. Серед проаналізованих історій хвороби суттєвих змін біохімічних показників не виявлено.

Незважаючи на тяжкість загального захворювання, ускладнення та супутню патологію, температурна реакція майже у всіх обстежуваних була відсутня. Так, діапазон температурної реакції коливався в межах

від  $36,4$  до  $37,5^{\circ}\text{C}$  і лише у 8 осіб був вищим за  $36,9^{\circ}\text{C}$ , середньостатистичний показник –  $36,77 \pm 0,03^{\circ}\text{C}$ .

### **Висновки**

Проведені нами дослідження виявили цілу низку особливостей в показниках периферичної крові при перебігу гнійно-запальних процесів у хворих з наркозалежністю:

- з огляду на важливу роль лейкоцитів у специфічному й неспецифічному захисті організму, а також у реалізації типових патологічних процесів, можна припускати наявність пригнічення факторів захисту в даній категорії пацієнтів;

- відмічено статистично достовірне збільшення кількості еритроцитів та показника гемоглобіну, що, на нашу думку, вказує на хронічну гіпоксію органів, в тому числі нирок, що супроводжується посиленням вироблення факторів еритропоєзу;

- визначено статистично достовірне збільшення ШОЕ у хворих з наркозалежністю, що, на нашу думку, вказує на істотне переважання патологічних станів, що супроводжуються не тільки запальною реакцією, але й розпадом (некрозом) тканин, формених елементів крові та всмоктуванням продуктів розпаду білків у кров;

- тромбоцитоз може служити одним з діагностичних критеріїв хронічної інтоксикації, в тому числі наркотичними речовинами;

- перебіг гнійно-септичних процесів в щелепно-лицьовій ділянці у хворих з наркозалежністю відбувається без відповідної температурної реакції організму на запалення.

1. Амбалов Ю.М., Безуглов Д.А., Маштаков В.Н. и соавт. Клинико-лабораторная диагностика острого токсикоза, вызванного экстрактами мака, полученным кустарным способом // *Вопр. наркологии.* – 1990. – № 1. – С. 42-44.
2. Герич І.Д. Гнійна хірургічна інфекція, зумовлена парентеральним вживанням наркотиків: клініка, діагностика та лікування: Автореф. дис... д-ра. мед. наук: 14.01.03 / Львів. держ. мед. ун-т. – Л., 1998. – 34 с.
3. Гехт А.Б., Полунина А.Г., Брюн Е.А., Гусев Е.И. Неврологические нарушения у больных героиновой наркоманией при острой абстиненции и в раннем постабстинентном периоде // *Журн. неврол. и психиатрии.* – 2003. – Т. 103, № 2. – С. 9-15.
4. Иващенко В.В. Ангиохирургические аспекты лечения флегмоны конечности у больных с наркотической зависимостью // *Клін. хірургія.* – 1995. – № 7-8. – С. 17-18.

5. Кузьяев А.И., Соболева Л.Г., Ласкин Г.М., Соболева Л.Р. Септическое поражение легких у наркоманов // *Клин. мед.* – 2000. – № 5. – С. 50-52.
6. Лешнер А.І. Наукові погляди на наркотичну залежність та її лікування // *Лікар. вісник.* – 2002. – Т. XLVII, № 1. – С. 26-31.
7. Рохлина М.Л., Киткина Т.А., Благов Л.Н. Психические расстройства у больных, злоупотребляющих самодельными опиатами // *Журн. неврол. и психиатрии.* – 1996. – Т. 96, № 4. – С. 42-45.
8. Сиволап Ю.П. Непсихологические психические расстройства у больных опийной наркоманией // *Журн. неврол. и психиатрии.* – 2002. – Т. 102, № 1. – С. 26-29.
9. Сиволап Ю.П., Савченков В.А., Смоляр А.В., Полиров А.А. Ускоренная детоксикация в предоперационном периоде у страдающих героиновой наркоманией пациентов хирургической клиники // *Журн. неврол. и психиатрии.* – 1999. – Т. 99, № 7. – С. 60-61.
10. Bassetti S., Battagay M. Staphylococcus aureus infections in injection drug users: risk factors and prevention strategies // *Infection.* – 2004. – V. 32, № 3. – P. 163-169.
11. Calder K.K., Severyn F.A. Surgical emergencies in the intravenous drug user // *Emerg. Med. Clin. North Am.* – 2003. – V. 21, № 4. – P. 1089-1116.
12. Duran E., Lopez L., Martinez A. et al. Primary brain abscess with Nocardia otitidiscaviarum in an intravenous drug abuser // *J. Med. Microbiol.* – 2001. – V. 50, № 1. – P. 101-103.
13. Dans P.E., Matricciani R.M., Otter S.E., Reuland D.S. Intravenous drug abuse and one academic health center // *JAMA.* – 1990. – V. 263, № 23. – P. 3173-3176.

Надійшла до редакції 09.11.10.

© Г.І. Гарюк, Д.В. Киричок, 2011

**ОСОБЕННОСТИ ПОКАЗАТЕЛЕЙ  
ПЕРИФЕРИЧЕСКОЙ КРОВИ ПРИ ГНОЙНО-  
ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ПРОЦЕССАХ  
В ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ  
У БОЛЬНЫХ С НАРКОЗАВИСИМОСТЬЮ**

*Гарюк Г.И., Киричок Д.В. (Харьков, Сумы)*

*Резюме*

Обращается внимание врачей на достаточно новую проблему в оториноларингологии – наркозависимость у больных. Сделаны первые предварительные обобщения на основе ретроспективного анализа историй болезни. Проведено распределение пациентов в зависимости от характера патологии. Исследования позволяют обнаружить целый ряд особенностей в показателях периферической крови при гнойно-воспалительных процессах у данной категории больных.

**FEATURES OF INDEXES OF PERIPHERAL  
BLOOD AT PURULENT INFLAMMATION  
MAXILLOFACIAL AREA FOR  
PATIENTS WITH DRUG-DEPENDENT**

*Garyuk G.I., Kirichok D.V. (Kharkiv, Sumy)*

*Summary*

The work to the attention of doctors in a new problem in otorhinolaryngology – patients with drug addiction. First previous generalizations made on the basis of retrospective analysis of case records. Distributing of patients is conducted on character of pathology. Our researches found out a number of features of indexes of peripheral blood at motion festering-inflammatory processes at this category of patients.