

**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ
УЗБЕКИСТАН
ТАШКЕНТСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ
УНИВЕРСИТЕТ**

Мухамедова Ш.Ю.

**ЛЕЧЕНИЕ ОДОНТОГЕННЫХ ФЛЕГМОН У БОЛЬНЫХ С
ОЖИРЕНИЕМ**

монография

Ташкент-2025

УДК: 616.831+617.52]-001-07-089

ББК: 56.656

M92

Мухамедова Ш.Ю. Лечение одонтогенных флегмон у больных с ожирением: монография. – Ташкент: Ташкентский государственный медицинский университет, 2025. – 96 с.

Автор:

Мухамедова Ш.Ю. – ассистент кафедры челюстно-лицевой хирургии Ташкентского государственного медицинского университета, PhD.

Рецензенты:

Мусаев Ш.Ш. - доцент кафедры челюстно-лицевой хирургии Ташкентского государственного медицинского университета, PhD.

Рахимов З.К. - д.м.н., заведующий кафедрой хирургической стоматологии Бухарского государственного медицинского института.

Монография посвящена повышению эффективности комплексного лечения гнойно-воспалительных процессов челюстно-лицевой области у пациентов с избыточной массой тела и профилактике послеоперационных осложнений. В работе проведён сравнительный анализ течения и тяжести одонтогенных флегмон у больных с ожирением и нормальной массой тела, выполнены микробиологические и цитологические исследования, обоснована клиническая эффективность применения препарата Глюкофаж в сочетании с нанопокровностями раневой поверхности. Научная новизна исследования заключается в выявлении особенностей течения флегмон у лиц с ожирением, разработке и внедрении лечебно-диагностического алгоритма, обеспечивающего снижение частоты осложнений, сокращение сроков госпитализации и улучшение функционально-эстетических результатов хирургического лечения. Настоящая монография предназначена для челюстно-лицевых хирургов, врачей-стоматологов, клинических ординаторов, магистров и студентов медицинских университетов.

© Мухамедова Ш.Ю., 2025

СОДЕРЖАНИЕ

ВВЕДЕНИЕ	6
ГЛАВА 1. АСПЕКТЫ СОВРЕМЕННЫХ ПОЗИЦИЙ В ЛЕЧЕНИИ ФЛЕГМОН ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ	9
1.1. Диагностическая и лечебная тактика ОФ челюстно-лицевой области....	9
1.2. Основные принципы комплексного лечения флегмон ЧЛО при избыточном весе на фоне метаболического синдрома.....	12
1.3. Анализ методов оценки степени тяжести течения и прогноза заболевания	13
1.4. Лечебная тактика флегмон лица и шеи при ожирении.....	16
ГЛАВА 2. ДИАГНОСТИКА ОФ У БОЛЬНЫХ С ИЗБЫТОЧНОЙ МАССОЙ ТЕЛА	17
2.1. Характеристика больных с ОФ с избыточной массой тела.....	19
2.2. Примененные методы диагностики	20
2.2.1. Клинико-стоматологические методы исследования ОФ ЧЛО и их осложнений на этапах наблюдения.....	20
2.2.2. Общеклинические методы.....	22
2.3. Лаборатория.....	22
2.4. Анализ в обследованных группах.....	22
2.5. Микробиологические методы исследования.....	26
2.6. Цитология состояния раны.....	26
2.7. Методика предложенной консервативной терапии.....	27
2.8. Оценка трофологического статуса.....	34
2.9. Анализ ЭИ в обследуемых группах.....	36
2.10. Статистические методы исследования.....	37

Глава 3. ОСОБЕННОСТИ БОЛЬНЫХ С ОФ С ИЗБЫТОЧНОЙ МАССОЙ ТЕЛА	35
3.1 Клиническая картина ОФ челюстно-лицевой области на фоне ожирения.....	38
3.2. Анализ состояния гнойных ран на фоне избыточного веса обследуемых пациентов.....	40
3.3. Анализ тяжести состояния больных и прогнозирования течения phlegmon of the maxillofacial region... ..	43
ГЛАВА 4. ЛЕЧЕБНО-ДИАГНОСТИЧЕСКИЙ АЛГОРИТМ БОЛЬНЫХ С ОФ С ИЗБЫТОЧНОЙ МАССОЙ ТЕЛА	43
4.1. Клиническая и цитологическая картина у больных с рассматриваемой патологией с избыточным весом по традиционному протоколу.....	46
4.2. Результативность препарата Glucophage и защитных нанопокровов при максифациальных флегмонах.....	48
4.3. Эффективность комплексного лечения с препаратом «Глюкофажа» и защитных раневых покровов.. ..	59
4.4. Ранозаживляющий способ лечения после вскрытия одонтогенной флегмоны на фоне ожирения.....	66
4.5. Оценка эффективности применения способа стимуляции неоангиогенеза тканей-раневого покровов.....	73
ЗАКЛЮЧЕНИЕ.....	72
СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ.....	78
Приложение 1.....	96

СПИСОК УСЛОВНЫХ СОКРАЩЕНИЙ

Anamnesis morbi-анамнез заболевания

АКМ – активная клеточная масса

АО – абдоминальное ожирение

ГВЗ-гнойно-воспалительные заболевания

ГВП-гнойно-воспалительный процесс

ГП-гнойный процесс

Гр., group-группа

КГ-контрольная группа

ОГ-основная группа

ОФ-одонтогенная флегмона

СГ-группа сравнения

ТГСИ-Ташкентский государственный стоматологический институт

ЭИ-эндогенная интоксикация

ЧЛО-челюстно-лицевая область

Glucophage-Глюкофаж

ВВЕДЕНИЕ

На сегодняшний день одним из актуальных задач челюстно-лицевой хирургии остается лечение больных с гнойно-воспалительными заболеваниями лица и шеи. Согласно отчету Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), на долю одонтогенных воспалительных процессов приходится 80 % всех случаев, в 98-99% случаев является не леченные и некачественно леченные зубы. В последние годы несмотря на усовершенствование методов диагностики, внедрение в клинику современных материалов и новых методов лечения, наблюдается увеличение частоты больных одонтогенными флегмонами, с повышением атипичных форм, а также большой процент послеоперационных осложнений. Исходя из того, что основной возраст пациентов с данной патологией является молодым, можно отметить, что данная проблема относится как к медицинской, так и к общесоциальной.

Во всем мире одним из наиболее важных и актуальных векторов в ЧЛХ лиц возраста является терапия лиц с наличием патологий воспалительной природы гнойного характера области лица и шеи. Основной проблемой создания оптимальных условий скорейшего очищения и заживления гнойного очага является разработка эффективно и надежно работающей методики местного лечения. На сегодняшний день методы местного лечения абсцессов и флегмон разнообразны. Прогноз и результат лечения заболевания зависят от заблаговременности обращения пациента, локализации флегмоны, корректности выбора как общего, так и местного способов лечения. Таким образом, проблема диагностики и адекватного лечения флегмон челюстно-лицевой области требует дальнейшего изучения.

В нашей стране реализуются комплексные программные и целевые меры по улучшению качества медицинской помощи населению и приведению системы первичной медико-санитарной помощи в соответствие с

международными стандартами, достигнуты положительные результаты. В связи с этим были поставлены задачи повышение эффективности, качества и популярности медицинской помощи, а также формирование системы медицинской стандартизации, внедрение высокотехнологичных методов диагностики и лечения. Реализация этих задач, включая совершенствование существующих методов и разработку новых методов лечения воспалительных заболеваний, в частности флегмон челюстно-лицевой области, является одним из актуальных направлений.

Проблема диагностики и лечения больных с острыми гнойно-инфекционными заболеваниями челюстно-лицевой области продолжает оставаться актуальной и в настоящее время. Несмотря на повышение качества оказания стоматологической помощи, усовершенствование известных и применение современных методов диагностики и лечения данной патологии, количество больных с одонтогенными флегмонами продолжает расти (Sanz M. 2020). Численность больных с одонтогенными флегмонами, по мнению разных авторов, занимает до 60-70% коечного фонда челюстно-лицевых стационаров.

Распространённость флегмон челюстно-лицевой области (ЧЛО) одонтогенного происхождения увеличивается из года в год. При распространении процесса на шею и в средостение летальность достигает 60%, а при генерализации инфекции, приводящей к септическому шоку, возрастает до 90% (Bastos et al. 2022). В челюстно-лицевой хирургии также предложены методики прогнозирования течения острых одонтогенных воспалительных заболеваний (Пасевич И.А.2015; Соловьев М. М., Алехова Т. М., 2021). Учитывая изменения, происшедшие в последние десятилетия, данные методики недостаточно информативны и мало приемлемы в современной клинической практике.

В настоящее время с целью иммуномодуляции для повышения эффективности терапии инфекций всё чаще применяется иммуномодулятор полиоксидоний, обладающий целым спектром влияния на механизмы врождённого и адаптивного иммунитета (Мазуров В.И., 2021; Салех Я.С., Воложин А.И. и соавт., 2022; Фасхутдинов Д.К., 2022). В силу этих причин, проведение детоксицирующей терапии при самых разнообразных гнойных заболеваниях на фоне аллергии всегда проблематично и решение о выборе методов лечения принимается индивидуально. В каждом случае риск возникновения осложнений должен быть сведен к минимуму.

Таким образом, несмотря на множество предложенных подходов к лечению гнойно-воспалительных заболеваний, ни один из них не является универсальным и имеет свои недостатки. Проблема лечения гнойно-воспалительных заболеваний остается актуальной. Успех лечения пациента зависит не только от правильного метода лечения, но и от своевременной диагностики, детального обследования и соответствующего хирургического вмешательства. Таковы были предпосылки, определившие направление данного исследования.

ГЛАВА I. АСПЕКТЫ СОВРЕМЕННЫХ ПОЗИЦИЙ В ЛЕЧЕНИИ ФЛЕГМОН ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ

1.1. Диагностическая и лечебная тактика ОФ челюстно-лицевой области

Совершенствование диагностического процесса, современизация тактики хирургических вмешательств оказывается недостаточной, поскольку летальность среди больных в ситуациях объемных флегмон лица и шеи равняется с 38 до 90% и не имеет тенденции к снижению [66, с.40-46;71,с. 565-574; 98,с647-649; 113,с.97-102;121,р.29-31].

При ОФ и абсцессах возбудителем являются стафилококки, на долю которых приходится 69 %. Известно, что условно-патогенные анаэробы обладают широкой вирулентностью, токсичностью, низкой устойчивостью к большинству лекарственных препаратов и микробной контаминацией [7,176-184 с; 26, с.51-54.;109, стр.238-242 ;110, с.136-143 ;111, стр.257-267].

Для настоящего времени характерна проблема бактериемии, являющейся ключевым фактором патогенеза инфекционного процесса [58, с. 101-111; 79, р.1869-74; 83, с. 295-309; 108, с.82-6], бактерии, циркулируя в кровотоке, не размножаются. Бактерицидные свойства сохраняются в крови, механизм уничтожения бактерий сопровождается интоксикационным процессом с выделением эндотоксинов. Любое нарушение целостности соединительной ткани может стать причиной бактериемии.

Известно, что бактериемия опубликовано специальной литературой тщательная безопасность требуется при проведении в полости рта операций, настоятельно в заключении предоперационной подготовки больного, акцент делается на наличие сопутствующих заболеваний и после лучевой, иммунодепрессивной, кортикостероидной терапии.

У больных с сердечно-сосудистой патологией бактериемия во время стоматологических вмешательств у больных с ССП, изложенная в специальных источниках, представляет «смертельный» риск для пациентов.

Большинство авторов подчеркивают необходимость использования специальных методов обследования и лечения больных с учетом особенностей реактивности организма [1, с. 64-69 ;8, 302с.; 11,160с.; 14, с.67-69]. По М.А.Губину и соавт. в мягкотканых структурах лица и шеи различают четыре вида ОВП (острый воспалительный процесс [27, 140 с.].

Характер степени тяжести и продолжительности ОГВП зависит от года рождения пациента и сопутствующая соматическая патология. К примеру, в детском возрасте одонтогенная флегмона протекает намного скорее, нежели у взрослых в связи с рыхлыми фасциями и обилием жировой клетчатки внутри межклетчаточных пространствах. Обилие сосудистых разветвлений позволяют токсинам гнойного очага всасываться, способствуя мгновенному возникновению интоксикационных симптомов. [4, с.23-26;12, 574с.; 48,с.55-56;63,с.133-140; 90,с.40-43; 107, р.238-242]. Исследователи отмечают характерные проявления при ГВЗ также у лиц пожилого и старческого возраста, в частности, присутствие соматического заболевания осложняет течение флегмон, а сама патология сводится к декомпенсации [8, 302с.;42,с.12-18; 52,с.80-81;68,с. 1375-1377; 82, с.868-74; 88,с.285-288; 102,с.228-233; 112,с.303-308]. При ВИЧ-инфекции, как наблюдали Хачатрян Н. Н. с соавторами, присутствовала медленная выраженность клинической картины после операций нежели у больных без ВИЧ-инфекции.

Для определения возбудителя гнойного заболевания используют микробиологический метод, выделяющий микробный состав гнойной раны и чувствительность конкретного возбудителя к препаратам антибактериального происхождения. Стандартные методики исследований по микробиологии отличаются недостатками. На определение штамма микроорганизма уходит минимально 5 - 7 суток, в то время как необходимость в лечебных мероприятиях в ситуациях с одонтогенной флегмоной лица и шеи следует начинать в очень ранние сроки. Классические способы микробиологии не

верифицируют всех представителей аэробной микрофлоры, возникает вероятность ложно отрицательного вывода. Они являются последним продуктом деятельности анаэробных штаммов. Этот способ обладает наивысшей диагностической ценностью, уходит наименьшее количество времени (25 минут), что позволяет его применять широко. Однако, дорогостоящий метод [26, с.51-54;30, с.73-77]. На сегодняшний день повсеместно применяется метод ДЛФС-диагностика лазерная флуоресцентная спектрометрическая. Метод занимает несколько минут, являясь экспресс-методикой, преимуществом которого служит оценка эффективности лечения антибактериальными средствами. Методика ЛФС применяется для определения анаэробной и аэробной инфекции и константирования фаз течения воспаления.

Степень тяжести синдрома эндогенной интоксикации при одонтогенных процессах является самой важной лабораторной диагностикой [51, с.21-23;62,с.12-14; 70, с.67-71;72,с.1252-9; 75, с.447-462; 78,р.1252-5; 81,р.115-8]. Изучение иммунологического статуса является важным этапом комплексного обследования больных с флегмонами челюстно-лицевой области и планирования комплексного лечения [22, с.321-328; 90,с.40-43;108, р.82-6].

Имеющиеся разнообразные методики не решают конкретные вопросы диагностики одонтогенных флегмон. Не существует единого алгоритма обследования с постановкой точного диагноза и прогнозированием течения патологии.

1.2. Основные принципы комплексного лечения флегмон челюстно-лицевой области при избыточном весе на фоне метаболического синдрома

На современном этапе медицины комплексный подход к терапии больных подразумевает радикальную хирургическую тактику на первичном очаге с тщательным оттоком всех подверженных инфекционно-воспалительному действию анатомических клетчаточных пространств ЧЛО [106-108; 27 142 с.; 63, с. 66-69], рациональная антибактериальная терапия [28, с. 81-84; 58, с. 65-72; 83, с. 133-140], дыхание, инфузия-трансфузия [24, с. 482; 26, с. 140; 23, с. 12-15; 38, с. 34-38; 51, с. 84-86], детоксикационная терапия [4.30 с.; 79, с. 60-64; 109, р. 238-242]

Большинство пациентов, перенесших хирургическое лечение, страдают от тяжелой недостаточности питания, и существует тесная корреляция между частотой возникающих у них осложнений и уровнем смертности [2, с. 89-92; 67, с. 18-22; 68, с. 394-398; 88, с. 33-38; 91, с. 184-187]. На стадии сепсиса и острой гнойной инфекции основным фактором отрицательных сдвигов в динамике процесса принадлежит недосмотру состоянию белково-энергетического баланса [36, с. 30-33; 64, с. 21-23; 112, р. 303-308].

В организме больного операционная травма с последующим системно-воспалительным ответом приводят к длительному расстройству метаболизма [24, 482 с.; 41, 600 с.; 55, с. 46-51; 94, с. 543-549; 97, с. 565-574; 100, с. 89-94; 105 с. 1869-74]. Нарушения акта жевания и глотательных движений, имеющие место в симптомах флегмон, препятствуют нормальному питанию, что ведет к интоксикации организма и нарастанию недостаточности белково-энергетического баланса [44, с. 43-46; 57, с. 241-244; 85, с. 58-64; 102, с. 739-740; 118, р. 440-444].

Анализ литературы лечебных мероприятий в ситуациях часто встречаемых флегмон при избыточной массе пациентов свидетельствует, о

недостаточно исследуемой проблеме современной нутритивной поддержки при рассматриваемом заболевании.

1.3. Анализ методов оценки степени тяжести течения и прогноза заболевания

Немаловажным диагностическим звеном в терапии одонтогенной флегмоны лица и шеи уделяется оценке степени тяжести патологии. Существует много предложений, заключающиеся в определении степени тяжести процесса [13,416с.; 43, с.218; 45, с.12-18; 121,р.29-31; 126,р.548-553].

В 1982 г. W. Knause и соавторами была установлена методика учета настоящего организма patients on APACHE, измеряемая в бальных подсчетах, в США она стала золотым стандартом [113]. Крайнетяжелые неотложные состояния: сепсис и перитонит, по мнению многих исследователей, требуют адекватной оценки [[25, с. 51-54; 54, с. 94-99; 59, с. 71-74; 62, с. 353-356; 74, с.26-33]. Анестезиологами и реаниматологами УГМА апробирована шкала оценки тяжести состояния при септическом процессе [77, с.101-111;127,р.381-387]. Описанная шкала оценки тяжести и прогнозирования течения флегмон, установила наивысшую точность для больных, осложненных сепсисом. Однако, данная шкала была нецелесообразна на первоначальных этапах.

Степень утяжеления процесса ОФ прямо зависит от распространенности и от локализации очага. Флегмона, содержащая две и более области имеет легче течение, чем абсцесс окологлоточного пространства. Длительность проводимого антибактериального лечения не может быть признаком утяжеления патологии, поскольку имеются свои субъективные факторы.

Эти методы трудно широко применять в повседневной клинической практике, так как они обременены большим количеством коэффициентов, математических операций, а их реализация требует больших временных затрат

В последние десятилетия ряд исследователей подчеркивают необходимость дифференцированного подхода к планированию лечения больных, а также акцентируют роль ЭИ организма в патогенезе патологии [58, с. 65-72; 69, с. 48-49] особенно при ожирении [58, с.101-111; 69, с.490-4; 130, р.16-23]. Синдром эндогенной интоксикации обусловлен патологической биоактивностью эндогенных наименований. Наступает отравление организма вследствие накопления завершающими метаболическими продуктами и промежуточными элементами вследствие нарушения метаболических процессов [37, с.59-69; 48, с.46-51; 55, с.46-51; 132, р.644-647]

Общеизвестно, что локомотивом отравления организма определены бактериальные экзо- и эндотоксины. В ситуациях ОФ на фоне ожирения причиной ЭИ установлены белковый распад разнородной молекулярной массой, постоянно появляющиеся в избытке при ГВЗ, обладающие патогенными характеристиками. Множество низко-молекулярных полипептидов нарушают равновесие организма, являясь вторичными токсинами, усугубляют обменные этапы, вызывают интоксикацию жизненно важных органов [29, с.81-84; 30, с.73-77].

Я.Я. Кальф-Калиф в 1941 г вывел лейкоцитарный индекс интоксикации (ЛИИ) по показателям лейкоцитарной формулы. Согласно, его методики ЛИИ поднимался прямо пропорционально тяжести гнойного очага. Достоинством определения лейкоцитарного индекса состояло в переводе величины гемограммы в измеряемые числа, упрощая динамическое прослеживание. Легкость и информативность методики позволило сразу широко применять [17, с.163-168]. Такого же мнения придерживались авторы Дрегалкина А.А., 2015; Нестерова Е.Е., 2018. Но, Ганина С.С. с соавт., 2020 отмечают не точную информативность этого индекса интоксикации.

М.М.Соловьев и Т.М.Алехова (2017) для уточнения значительности ЭИ

у больных с ОФ и с целью прогнозирования течения разработали интегральный показатель тяжести (ИПТ), основанный на измерении температуры тела, пульса и показателей крови.

А.А. Левенц и др. (2011) подчеркнули высокую значимость индекса ИПТ в установке тяжести и прогнозировании течения ОФ, полноценность картины патологии. Проанализировав индекс ЛИИ, они отметили, что этот критерий не всегда отражает клиническую степень болезни, за короткий интервал не дает динамику токсичности.

Каршиев Х.К. (1991), Дурново Е.А.(2020) определили значительные изменения белоксинтезирующей функции и активности цитолитических ферментов. Т.В. Дынжинов (2017) в своих работах наблюдал показательность сывороточного альбумина при ГВЗ. Самым низким предельным числом альбумина показана цифра 27-34 г/л в этом интервале пациенты входят в group риска развития полиорганной патологии.

В настоящее время обосновано, что ЭИ подавляет иммунную систему организма, происходят иммунологические сдвиги при заболеваниях. А.С. Забелин (1997) оценил иммунную систему при ОФ, наблюдал изменения активности фагоцитарного звена неспецифического иммунитета по зависимости от тяжести ЭИ. Важным критерием неблагоприятного развития воспаления служит развитие иммунной недостаточности и выраженность течения гнойного процесса. Система неспецифической реактивности и клеточного иммунитета служит необходимым фактором уровня фагоцитоза.

Изучение ЭИ у больных с ОФ определило разрозненный характер, описанные учеными сведения разноречивы. Следовательно, вышесказанное говорит о научном и практическом значении изучения степени тяжести ЭИ при распространенных ОФ обязательным сочетанием с клинической картиной, показателей лабораторных данных, изменений детоксикационных процессов в органах, состояния неспецифического иммунитета.

1.4. Лечебная тактика флегмон лица и шеи

Лечение одонтогенных флегмон подразделяется на три group:

- 1) Ликвидация гнойного очага
- 2) Устранение возбудителя
- 3) Реабилитация подверженных функций различных систем.

Больного с флегмоной важно лечить одновременно во всех трех областях. В последние годы много работ посвящено местному лечению гнойных ран [61, с. 34-38; 68, с. 1375-1377; 73, 2100]. Например, Тарасенко С. В. и др. отмечают, обязательное использование воздействия физических методов [60, с.152-153; 83, с.133-140; 91, с.184-187; 94, с.543-549]. Многие ученые описывают успешное влияние озона как на местный статус патологии, так и на иммунную систему человека [1, с.64-69;2, с.558-564].

Клиническое применение часто имеет рациональная и эффективная-эмпирическая АБТ. А/б лечение приводит к побочным, отрицательным эффектам, в связи с этим большинство ученых призывают к уменьшению необоснованного использования а/б. В публикациях прослеживается тенденция внедрения методик, стимулирующих иммунную систему, активность последней ведет к успеху лечения [141,р.220-3].

Резюме к главе. Имеющиеся на современном этапе большое количество методов терапии ГВ заболеваний в ЧЛЮ не решили проблему до конца. Рациональным является на фоне стандартных схем лечения введение препаратов с многофункциональным действием, позволяющих снизить возможность появления побочных реакций.

ГЛАВА 2. ДИАГНОСТИКА ОФ У БОЛЬНЫХ С ИЗБЫТОЧНОЙ МАССОЙ ТЕЛА

2.1. Характеристика больных с ОФ с избыточной массой тела.

В период 2021-2023гг. на кафедре «Челюстно-лицевой хирургии» Ташкентского государственного стоматологического института осуществлялось лечение 65 пациентов с ОФ лица и шеи, которых разделили:

I группа сравнения-25 лиц с ОФ ЧЛО на фоне ожирения, пролеченных по традиционному стандарту.

II основная группа-25 наблюдаемых с ОФ ЧЛО, сопровождающиеся ожирением по предложенной схеме

III КГ - 15 лиц с ОФ ЧЛО без фоновых заболеваний, пролеченных традиционным способом.

Возраст: от 25 до 45 лет. Средний возраст составил $35.2 \pm 7,7$ года.

Расстановка пациентов в половом и возрастном аспекте поставлена в таблицу № 1.

Таблица №1

Годы	Мужчины	Женщины	всего
25-29 лет	5 (7,69%)	4 (6,15%)	9 (13,84%)
30-39 лет	17 (26,15%)	10 (15,38%)	27 (41,53%)
40-45 лет	15 (23,09%)	14 (21,54%)	29 (44,63%)
Всего	37 (56,93%)	28 (43,07%)	65 (100%)

Симптоматику местной картины одонтогенной инфекции у пациентов анализировали по распространенности пораженных пространств. Пораженные участки в сравниваемых группах наблюдались в различных клетчаточных пространствах, представленные в табл. № 2.

Таблица №2

Количество пространств, вовлеченных в процесс	Число пациентов (абс. число)	Число пациентов (отн. число)
1 пространства	20 человек	30,76%
2-3 пространства	30 человек	46,15%
более 3 пространств	15 человек	23,08%

Пациенты, госпитализируемые в челюстно-лицевое отделение, осуществлялись экстренно, устанавливался предварительный диагноз «одонтогенная флегмона челюстно-лицевой области», в соответствии с классификацией Евдокимова «Острые одонтогенные воспалительные заболевания».

Обследуемыми были пациенты с гиперергией процесса, картиной течения флегмоны которого явились острое начало заболевания, глубокая степень ЭИ, признаки выраженного ВП и способность лейкоцитов связывать кислород,-зависимый обмен веществ, являющийся критерием выбора варианта реактивности организма (Воложин А.И., 1996).

2.2. Примененные методы диагностики

2.2.1. Клинико-стоматологические методы исследования ОФ ЧЛЮ и их осложнений на этапах наблюдения.

У обследуемых расспрашивали жалобы, *anamnesis morbi* and *anamnesis vitae*, изучали местный статус и общие симптомы.

При изучении жалоб больных, учитывали их субъективные ощущения, таких как ухудшение общего самочувствия, усиление и распространение болевого симптома, выраженность функциональных изменений.

Anamnesis morbi подразумевал давность патологии, а именно время развития болевого симптома в месте «причинного» зуба, появления отечности в мягко-тканых пространствах, наличие провоцирующего фактора

(переохлаждение организма, нелеченные зубы, перенесенные сопутствующие заболевания и др.), срок, прошедший от первых симптомов заболевания до стационара. Опрашивали была ли оказана квалифицированная стоматологическая помощь, назначено ли медикаментозное лечение или было осуществлено самолечение до госпитализации.

Общий статус включал физикальные методы исследования (*температуру тела, АД и частоту пульсового наполнения, дыхательную частоту*). Отмечались напряженность, слабость, недомогание, акцент функционального дискомфорта (*жевания, глотания, речи*). Статус локалис ГВП в лицевой и шейной областях оценивался по величине инфильтрата мягких тканей, изменении цвета покровов кожи, напряженности тканей, крепитирующих и флюктуационных явлений, измерение границ инфильтративного процесса. Anamnesis morbi включал проверку открывания рта, амплитуду нижней челюсти по бокам, поднятие /опускание языка. При проведении хирургического разреза акцентировали внимание на характере и суммарном объеме гнойного отделяемого, дно раны, обращали свое внимание на число вовлеченных клетчаточных пространств. На последующие дни после операции наблюдали динамику уменьшения и устранения гнойно-серозного раневого отделяемого, затягивание краевой поверхности раны, образование появления грануляционной ткани и первичной эпителизации поврежденных тканей.

В ходе проведенного наблюдения за изменениями при развитии воспалительного процесса нами была разработана и использована система оценки, выраженная в баллах, сумма ее равнялась тяжести заболевания (Дурново Е.А., 1998). Полученные цифры заносили в мед.карты первичной документации в момент госпитализации больного и на момент выписки из стационара. По суммарным величинам сводной таблицы объективно оценивали состояние больных при госпитализации.

2.2.2 Методы общей клиники.

Состояние пациента общего профиля определялась с помощью лаборатории крови по развернутому стандарту, проверяли мочу, HbsAg, RW, ЭКГ сердца, R-графия грудной клетки, бактериальный посев гнойного содержимого раны.

2.2.3. Лаборатория

2.2.3.1. Анализ неспецифической реактивности у больных с ОФ и их осложнениями.

Исследование функциональной активности нейтрофилов.

НСТ-тест

По методу В.Н. Park et al. (1968) в модификации М.Е. Виксмана и А.Н. Маянского (1979) из вены получали 0,05 мл взвеси нейтрофилов крови, Control пробирку смешивали с 0,025 мл NaCl (pH=7,4), в опытную пробирку (стимулированная реакция) добавляли 0,025 мл стимулятора.

Для анализа результатов применяли иммерсионную микроскопию, вычислялся индекс активации (ИА) нейтрофилов в %, заключающийся в активации системы усредненного фагоцитоза, перерасчетного на 100 нейтрофилов.

2.2.4. Анализ обследуемых лиц.

Период 2019-2023 гг. в стационаре ВХС Ташкентского государственного стоматологического института доля больных с ОФ ЧЛО была равна 415 чел (58,6%) ко всем госпитализированным по поводу ГВЗ.

У больных звучали жалобы на частые приступы зубной боли, провоцируемые осложнениями кариозной стадии. Госпитализация осуществлялась от 2-х до 8-ми суток от начала ВП.

Пациенты от момента болезни имели высокую температуру до 38,9 °С,

пульс тахикардического ритма с интервалом 85-100 уд/мин., кроме этого, отмечалась слабость, беспокойство по ночам, отказ от еды.

Клиническая картина позволяла ставить диагноз без дополнительных обследований. Статус локалис характеризовался сильной болью, пальпировался коллатеральный отек, изменение основных жевательных, глотательных, речевых стандартов. Отмечалось различие поверхностных и глубоких процессов. При первых видна была гиперемия кожных покровов, ощущалась их теплота, инфильтрация и флюктуация мягких тканей лица, регионарные лимфоузлы. У вторых снаружи нарушения не особенно проявлялись, но во рту нами сразу определялся «причинный» зуб, способствующий ограничению ротового открывания, больной не мог проглатывать пищевой комок. Вокруг инфильтрата при обследовании заметен был припухлость, краснота всех подлежащих структур.

Данные, представленные в табл.3. показывают распространённость флегмон

Таблица 3

Распространённость флегмон ЧЛО с учетом локализации

Анатомические названия локализации даны на латинском языке	К-во
floor of the mouth	5
temporal infratemporal	1
submandibular	12
submental	10
buccal	3
parotid-masticatory	9
pterygomaxillary	6

cervical	5
Submandibular, Pterygomandibular, Infratemporal	9
<i>Total</i>	<i>Шестьдесят пять</i>

Стандартный протокол лечения ГВЗ включал 3 базовых этапа: операцию вскрытия гнойного очага, general and local медицинское лечение.

Абсолютным показанием для осуществления хирургического разреза и введение резинового дренажа служили следующие критерии: напряжение тканей возле инфильтрата, флюктуация, припухлость, покраснение и термоповышение кожи. Вскрытие гнойного очага производили сразу на момент поступления в стационар.

Для лечения гнойной раны использовали следующие антисептические средства: 3% р-р H₂O₂, 0,05% раствор биглюконат хлоргексидина, стерильный фурацилин в разведении 1:5000. Затем осуществляли тщательную эвакуацию гнойных и промывных вод из нарушенной системы тканей, заканчивая хирургическое вмешательство установкой резинового выпускника.

Параллельно нами устранялся рассадник инфекционного воздействия экстракцией «причинного» зуба. Разрезанный участок кожи покрывали стерильными салфетками, смоченными NaCl-гипертонической жидкостью.

Пациентам после адекватного хирургического вмешательства сразу становилось легче, исчезали болевые приступы, ночной сон приходил в прежнее состояние, температура нормализовалась, следственно, больной начинал употреблять пищу.

Медикаментозная сопровождающее лечение. Наблюдаемым группам применяли а/б, при необходимости несколько их комбинаций, учитывая резистентность микробной флоры, а также весь стандартный протокол консервативного лечения (нестероидные, антигистамин. и

дезинтоксикацию).

Лечение на ране является одним из наиболее важных элементов традиционного стандартного лечения в комплексе. Обследуемым осуществляли перевязки с помощью диализа в гнойной ране фурацилином 1:5000; 0,02% раствором хлоргексидина, трипсином, хемотрипсином, антибиотиков вплоть до окончательного завершения отделяемого. В конце в завершении течения гноя на раневую поверхность укладывали марлевые повязки, содержащие левомеколь вплоть до эпителизации вторичным натяжением с целью быстрой регенерации и получения эстетического эффекта.

2.5 Микробиологические методы исследования

После вскрытия флегмоны проводили микробиологическое исследование загрязненности раневой поверхности путем аспирации содержимого раневой полости стерильным шприцем.

После вскрытия флегмоны проводили микробиологическое исследование загрязненности раневой поверхности путем аспирации раневого отделяемого стерильным шприцем и брали пробы на микробиологическое исследование.

Выделенные чистые культуры идентифицировали по морфологическим признакам методом культивирования микроорганизмов, количество бактерий в раневом отделяемом определяли в концентрации, достаточной для возникновения острого воспаления 10⁵ КОЕ/мл.

Биологический материал накладывали среды (желточно-солевой агар (ЖСА), 5 % кровяной агар), инкубация производилась в термостатическом аппарате при температуре 37 °С в течении 18-24 часов при помощи «VITEK-2» (произ-во Франция) бактериологического анализатора.

2.6. Цитология состояния раны

Для получения исхода раневого вмешательства, морфологии раневого содержимого, установки фазы течения заболевания, защитных свойств неспецифичности факторов, а также самое главное, определить идет ли динамика заживления или назревает осложнение в ходе исследования было принято решение произвести цитологию состояния раны [23].

Методикой Романовского-Гимза велось окрашивание, раневые мазки-отпечатки вводили в methyl alcohol для фиксирования на 2 -3 minutes.

Критерием эпителизации раневых поверхностей и заживления ран нами определялась ситуация при обнаружении гистиоцитарных клеток, при участии макрофагальных полибластов, в случаях появления молодых незрелых многобластов выявляли нейтрофильные элементы.

2.7. Методика предложенной консервативной терапии.

В случаях одонтогенных флегмон крыло-челюстной области (phlegmon of the pterygomaxillary space), околоушно-жевательной области (parotid-masticatory region), окологлоточной зоны(parapharyngeal space), дна полости рта(floor of the oral cavity) наблюдаются сильные боли в момент принятия еды, а также глотании пищевого комка.

Дальнейшее прогрессирование процесса вело к тому, что питание больных естественным путем становилось затруднительным, а иногда и невозможным. Вовлечение гнойного содержимого в окологлоточное пространство приводило к ограничению дыхания, вдоха и выдоха.

До поступления в стационар длительность болезненных процессов составляла около 3-7 суток.

Все пациенты поступали в тяжёлом состоянии, подтверждалось местно топографией ВП, интенсивной интоксикацией, гомеостатическим дисбалансом.

У септических лиц воспалительные процессы проявляли агрессивность и тенденцию к распространённости некротических процессов в тканях.

Таблица 4

Расстановка пациентов в соответствии с возрастом и полом

Г группы	25 - 39 лет		40-45лет	
	мужчины	женщины	мужчины	женщины
1 группа (n=25)	9	5	4	4
2 группа (n=25)	9	6	8	7
3 группа (n=15)	4	3	3	3

Пациенты в возрасте от 25 до 40 лет равнялись 21.3% в 1-й group, 23.07% во 2-ой и 10.8% в 3-ей gr. Пациенты в возрасте от 41 до 50 лет составляли 12.3% в 1 группе, 23.07% во 2 группе и 9.23% в 3 группе.

Из пациентов в возрасте от 25 до 40 лет : 64.28% муж и 35.71% жен. в 1-й гр., 60% муж и 40% жен во 2 group, 57.14% муж. и 42,85% жен в 3 гр.

В таблице 5 представлены нижеуказанные флегмоны в зависимости от топографии нахождения ГП во всех обследуемых группах. Классификация болезней определялась по перечню заболеваний МКБ 10.

Таблица 5

Расстановка по топографии ГП

Наименование (на латинском языке)	Число б-ых					
	1 (n=25)		2 (n=25)		3 (n=15)	
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
Phlegmon of the submandibular, parotid, buccal region, pterygomandibular space.	5	20	5	20	3	20
Phlegmon of the floor of the oral cavity	8	32	8	32	5	33

Phlegmon parotid, buccal, temporal	8	32	4	16	4	27
Phlegmon of the pterygopalatine, infratemporal fossa, parotid-masticatory, buccal, temporal, parietal, retromaxillary region, pterygomandibular, parapharyngeal space, submandibular region.	4	16	8	32	3	20
Итого	25	100	25	100	15	100

По данным таблицы 5, отмечено самое большое число пациентов было подвержено подчелюстной, околоушно-жевательной и крылочелюстной зоны. Нами проведена выборка наблюдаемых, имеющих сопутствующие заболевания, что отражено цифрами табл. 6.

Таблица 6

Количество пациентов по фоновой патологии Сопутствующие заболевания	Группы					
	1 (n=25)		2 (n=25)		3 (n=15)	
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
Метаболический синдром. Ожирение	16	64	17	68	Abs	
Дистрофия	3	12	3	12	Abs	
МС и дисбиоз кишечника	4	16	3	12	Abs	
Сахарный диабет	2	8	2	8	Abs	
Итого	25	100	25	100	15	100

Из представленных данных видно, что с МС вместе с ожирением больных было больше остальных заболеваний, составив 64 % в 1 группе и 68 % во 2 группе исследования, что соответствовало 16 и 17 человек соответственно, в 3 группе представителей с сопутствующими заболеваниями не было. Дистрофичных пациентов было в ГС и ОГ по 3 обследуемых (12 %), в КГ отсутствовали таковые.

МС совместно с дисбиозом кишечника из общего числа первой группы были равны 16 процентам (4 обследуемых лиц), во 2 группе 3 лиц (12 %).

Подводя итог, следует отметить, что распределение больных в groups отмечено приблизительно равным по возрастному-половому признаку, локализации и распространённости воспаления, тяжести фоновых патологий, по этим параметрам groups можно считать однородно сопоставимыми.

В наблюдаемой группе пациентов с odontogenic phlegmon апробирован алгоритм комплексного лечения, в которой включены следующие этапы:

I этап- хирургическое вскрытие гнойного очага, медикаментозное лечение по стандартному протоколу+ назначение Глюкофажа;

II этап- завершение опорожнение раневой поверхности+ продолжение медикаментозного лечения+ прием Глюкофажа;

III этап-местные обработки раневой поверхности антисептическими растворами+ наложение раневых покрытий «Altrazeal».

Годы обследуемых мужчин и женщин составили начиная с 25 до 45 лет, (см.табл. 7).

Таблица 7

Расстановка по гендерному и возрастному признакам

Возраст	Мужчины	Женщины	всего
25-29 лет	5 (7,69%)	4 (6,15%)	9 (13,84%)

30-39 лет	17 (26,15%)	10 (15,38%)	27 (41,53%)
40-45 лет	15(23,09%)	14(21,54%)	29 (44,63%)
Всего	37 (56,93%)	28 (43,07%)	65 (100%)

1- group - 25 patients с ожирением (стандарт)

2- group - 25 patients с ожирением (предложенный метод с «Altrazeal»ом)

3 group - 15 patients с нормальным весом тела (стандарт).

По экстренным показаниям хирургия раны осуществлялась практически каждому под наркозом, этап хирургического воздействия заключался в экстирпации повреждённого зуба, широко-длинным, адекватном разрезе и во вскрытии воспалительного очага, ревизии всех клетчаточных пространств, с целью обнаружения гнойных «карманов», выявление некротических тканей- проводилась некроэктомия нежизнеспособных материалов. Гнойное отделяемое направлялось на бактериологический посев.

Лечение по стандартному протоколу. В послеоперационный период проводились каждодневные обработки хирургической ран. (табл.8)

Таблица 8

Локальное лечение раны по стандартному протоколу

Фазовое течение раневого процесса	Медикаментозное сопровождение	Виды мазевых повязок
I фаза экссудации	0,05% водного хлоргексидина	резиновые выпускники/ полиэтиленовые трубчатые дренажи
	3% перекиси водорода	повязки с левомеколью (гидрофильные антибактериальные мази)
II фаза регенерации	Резиновые выпускники или	метилурациловая мазь

	полиэтиленовые трубчатые дренажи	
III фаза эпителизации		актовегиновая мазь

В операционный и послеоперационный периоды больным I и III группы, группы сравнения назначалась медикаментозная терапия, основанная на результатах лабораторного исследования, общего состояния исследуемого лица, степени тяжести ЭИ, имеющегося осложненного воспаления. (табл.9)

Таблица 9

Схема 1-стандартное лечение пациентов I группы (группа сравнения) и III группы (группа контроля)

Группы	Медикаментозное лечение	Лекарственные средства
I и III группа Срок лечения 5-7 дней	антибактериальная	препаратами широкого спектра действия
	антигистаминные	супрастин, тавегил
	Дезинтоксикационная кристаллоидными препаратами	раствор Рингера, 5% раствор глюкозы 5% витамин С

Предложенное лечение данной категории больных включало: Глюкофаж 500мг. Комплексное лечение ОФ ЧЛО в завершающие фазы воспалительной раны подразумевает использование раневых повязок-покрытий «Altrazeal» в качестве ускорения этапов заживления и образования молодых незрелых клеток ангиогенеза.

«Altrazeal» - это порошковая повязка, специально разработанная для покрытия и защиты ран.



Рис.1 Altrazel- порошковая повязка, разработанная для покрытия и защиты ран.

Защитный слой создает идеальную влажную среду, которая поддерживает клеточную функцию и восстановление тканей. Нерассасывающиеся стерильные гранулы при гидратации физиологическим раствором образуют влажную, гибкую, проницаемую для кислорода пленку, которая плотно прилегает к ране и закрывает ее.

Подобный коже барьер выполняет множество функций, которые способствуют росту здоровой грануляционной ткани:

- герметизирует и защищает всю поверхность раны
- позволяет транспортировать кислород
- управляет экссудатом за счет транспирации паров
- предотвращает проникновение экзогенных бактерий

Altrazeal продлевает время ношения, способствует более быстрому заживлению раны, не повреждая ее при смене повязки (табл.10).

Таблица 10

Схема № 2 -предложенное лечение категории больных с ожирением

Группа	Медикаментозное лечение	Лекарственные средства
II группа	антибактериальная терапия	широкоспектральные

		препараты 5-7 дн.
	антигистаминные препараты	зодак
	дезинтоксикационная терапия	5% р-ор глюкозы с 5% р-ром аскорбиновой кислоты
	симптоматическое лечение	Нестероидные противовоспалительные средства, обезбаливающие
	витаминотерапию	витамины группы В, витамин С
	физиотерапевтическое лечение	
	Лечение на снижение веса тела	Глюкофаж 500 мг в день per os
	Раневые гидроколлоидные покрытия	Altrazeal ежедневно

2.8. Антропометрические показатели трофологического статуса

Антропометрические показатели обследуемых лиц по статусу нормотрофиков измерялись по следующим величинам

- КЖСТ -кожно-жировая складка над трехглавой мышцей плеча, мм;
- ОП- окружность плеча, см:
- ИМТ -индекс массы тела; кг/м²
- ОМП- окружность мышц плеча, см

Эти данные представлены в табл.11

Критерии оценки трофологического статуса

№ п/п	Показатели	Стандарт	Недостаточность питания		
			легкая	средняя	тяжелая
	Баллы	3	2	1	0
1.	ИМТ	26-19	19-17,5	17,5 15,5	< 15,5
2.	ОП	30-32	27-24	22,8-21	<20
	Муж	28-25	25-22,5	22,5	< 19,5
	Жен.			19,5	
3.	КЖСТ	11,5-10,5	10,5-8,5	8,5-7,5	<7,3
	Муж.	14,6-12,5	14-11,8	11,3	< 10,0
	Жен.			10,0	
4.	ОМП	26,7-24	22-21,5	19,5-18,3	< 18
	Муж.		21,9	17,8	< 16,5
	Жен.	23,6-21,3	19,8	16,6	
5.	Лимфоциты, тыс./мм ³	>1,8	1,7-1,5	1,4-0,9	<0,9
	Всего баллов	21	20-14	13-7	<7

Результаты исследований, опрашиваемые при сборе анамнеза, физикальном осмотре, по лабораторным данным, определяемые в динамике, вносились в разработанные нами карты.

2.9. Анализ ЭИ в обследуемых группах

Изучение лейкоцитарного индекса интоксикации.

Маркерами ЭИ считаются лейкоцитарный индекс интоксикации (ЛИИ) и интегральный показатель тяжести (ИПТ) по М.М. Соловьеву (1985).

Лейкоцитарный индекс интоксикации – диагностический маркер крови ответа воспалительного заболевания при проникновении инфекционного агента в человеческий индивидуум. Сдвиг лейкоцитарных элементов означает прямую параллель к увеличению ЛИИ степени тяжести заболевания.

Таблица 12 показывает, как ЛИИ подсчитывается по формуле, основываясь по сдвигу комплекса кровяных элементов анализа:

Таблица 12

ЛИИ= (С+2П+3Ю+4М) x (Пл.+1) (Мон+Лим) x (Э+1), где				
С	segmented neutrophils, сегментоядерные нейтрофилы	П	band-shaped, палочкоядерные	Клеточный состав анализа крови
Ю	young cells, юные клетки	М	Myelocytes, миелоциты	
Пл	plasma cells, плазматические клетки	Мон	Monocytes, моноциты	
Лим	lymphocytes, лимфоциты	Э	Eosinophils, эозинофилы.	

2.10. Статистические методы исследования

Статистическую обработку результатов клинических и лабораторных исследований проводили с помощью программ Excel 2003, Statistica 6.0 StatSoft (USA).

ГЛАВА III. ОСОБЕННОСТИ БОЛЬНЫХ С ОФ С ИЗБЫТОЧНОЙ МАССОЙ ТЕЛА

3.1. Клиническая картина ОФ челюстно-лицевой области на фоне ожирения

В последние годы ученые мира повсеместно наблюдают тенденцию нетипичности течения флегмоны одонтогенного происхождения, связанную с фоновыми заболеваниями, изменения иммунологической системы, выраженное воздействие влияет на соотношение в микробных ассоциациях [16,416 с.;26,с.51-54;27,140с.;75,с.447-462;111,с.257-257;118, с.440-445]. В ходе исследований мы наблюдали специфические особенности ОФ ЧЛО в наблюдаемой group.

Самым важным симптомом при осмотре из 65 подопечных 45 обследуемых, равное 69, 2 %, отметили зубные боли. В симптоматике данной категории больных выявляли отечность, красноту в зоне «причинного» зуба. Следующие этапы клинической и рентгенологической диагностики подтвердили одонтогенное происхождение флегмоны. 20 пациентов, равное 30,7 %, отсчет болезни связали с удалением зуба. 8 больных, что составило 12, 3 % назвали началом болезни при появлении «припухлости» лица, не акцентируя на процесс в зубном ряду. 8 пациентов, равное 12,3 % симптомом начала нарушений отнесли к затруднению глотательных движений и ограничению открывания рта 4 лиц, составило 7,7 %. Самым распространенным был зуб- нижний третий моляр.

Пример из клиники: больной Б., 40 лет.47 обострение хронического периодонтита, ожирение II степени. На R- картине пациента Б. гранулирующий Рт 4.8. зуб, коронковая часть зуба частично разрушена, на апексе виден разлитой очаг. В этой ситуации 47 зуб послужил локализацией начала одонтогенной инфекции. Помимо основной причины, в полости рта имелись и другие поражения.

Anamnesis morbi показал интервал от начала заболевания до выраженной клиники занимал 3-14 дней. 75,9%, что составило 50 обследуемых до

госпитализации время заняло в среднем 5 суток.

Во многих ситуациях наблюдались незначительный вариант ЭИ с проявлениями умеренной t тела 38, 6 градусов, лейкоциты 15 - 20, реакция оседания эритроцитов более 25-30 мм/час, они купировались на фоне традиционной терапии. У 25 обследуемых продолжительность патологии была 6 -10 суток, наблюдались вялотекущий процесс, что несомненно отражалось в характеристике раневой поверхности -своевременно не спадал отек, краснота кожных покровов. На много позже, где- то на 2, 1 + 0, 8 суток, по сравнению с КГ отмечались признаки очищения и гранулирования.

В 9, 5 % случаев достационарный интервал занял 10 дней. К этой категории больных относились лица старшей возрастной группы на фоне ожирения 2 степени, 35,4 + 7,7 лет. У больных пожилого и старческого возраста в ситуациях, когда гнойное содержимое распространялось на межклетчаточные ткани, местный статус проявлялся в некоторой гиперемии кожи и боль расценивалась как стихающая. Реакция организма на момент первичного осмотра была не выше 38 °С

Диагностическое и прогностическое значение степени интоксикации у б-ых с ОФ ЧЛЮ принадлежит частоте дыхательных движений (табл.3.1.)

Таблица 3.1

Вид дыхания	Частота дыхательных движений	Количество больных	Проценты
норма	20 движений/в минуту	15	23 %
Умеренно учащенное	30-45 движ/ в минуту	22	33,8 %
Учащенное	45 движений/ в минуту	4	6, 1 %

Подводя итоги сказанному, учащённый вид дыхания указывает на прогноз усиливающегося интоксикационного процесса, предоставляет информацию о ГВП по распространенности и возможного осложнения.

Использование данных «красной крови» с целью прогнозирования

осложнений является ценным критерием у пациентов с ГВЗ. Часто выявляется некоторый лейкоцитоз и повышение СОЭ, подъем ЛИИ и нейтрофильно-мононуклеарный дисбаланс.

Характерным фактом у обследуемых с ОФ наблюдались соматические заболевания, особенно ожирение I и II ст., что сказывалось на усугублении патологии за счет снижения детоксицирующих органов.

3.2. Микробиологическая оценка ран на фоне избыточного веса обследуемых пациентов.

Согласно поставленным задачам исследования нами исследовалась микробная флора раны, в день операции по поводу флегмоны проводился забор биоматериала на предмет состава возбудителей заболевания и чувствительности к антибиотикам. Монокультура была обнаружена у 39 % пациентов, что составило 60,5 %, в 35 %, равное 22 лицам представлено ассоциациями различных микроорганизмов.

Таблица 3.2

Частота встречаемости микроорганизмов и их ассоциации

staphylococcus	46, 4 %	associations of staphylococcus with enterococcus	7, 6 %
streptococcus	24, 35 %	symbiosis of staphylococcus and streptococcus	84, 6 %.
pseudomonas	12,35 %	Streptococcus, Enterococcus and Pseudomonas	2, 6 %
энтеробактерии.	8, 75 %		
Лактобактерии	3, 75 %		
Протей	2,5 %		

Таблица 3.3.

Пространства	Проценты	Число обследуемых
на 2 и более клетчаточных	82 %	53 больных
гнойно-некротическая	74 %	48 больных
гнилостно-некротическая флегмона	26%	42 больных

В табл. 3.3. наблюдается тенденция ассоциация Стрептококк гр. С и Стафилококка. Обязательным правилом в лечении ГВЗ служит анализ чувствительности микробов к а/б (3.4. табл.)

Таблица 3.4

Определение проб результативности лечения лекарственными средствами

№	Микроорганизмы	Антибактериальные препараты
1.	Streptococcus pyogenes	Ванкомицин +++++ Рифампицин +++++ Амоксиклав +++ Эритромицин ++ Доксидиклин + Пенициллин + Ампициллин + Оксидиллин +
2.	Пневмококк	Рифампицин +++++ Ванкомицин+++ Амоксиклав ++ Пенициллин + Тетрациклин + Эритромицин + Оксациллин +
3.	Стрептококк гр. С	Амоксиклав + Пенициллин + Рифампицин + Тетрациклин +
4.	Стрептококк рп. А	Ванкомицин + Тетрациклин +
5	Энтеробактер фаэциум	Амоксиклав +++ Рифампицин ++ Цефепим ++ Ципрофлоксацин

Рифампицин, эритромицин, амосиклав в ходе наших исследований имели самую высокую чувствительность микроорганизмов, обнаруженных при одонтогенной флегмоне лица и шеи.

Наоборот, стабильную резистентность микрофлоры ОФ выявлена к пенициллиновому ряду и гентамицину, следовательно, эти средства неэффективны в лечении флегмон одонтогенного происхождения.

Клинический пример: Больной Б. 44 года (и/б № 293/106). С 23.10.23г. по поводу одонтогенной флегмоны подчелюстной области правой, сопутствующая патология ожирение 1 степени находился на стационарном лечении в ВХС ТГСИ. При хирургическом вмешательстве гнойной флегмоны во многих клетчаточных пространствах обнаружены некрозы темно-коричневого и черного цвета (см.рис. 1), с гнилостно-неприятным запахом.



Рис. 1 Рана больного М. (и/б № 293/106) 1group.

Микробиоптат раневого содержимого больного М. содержал ассоциации м /ор-в: *Streptococcus acidominimus*, *Enterobacter cloacea* и *Pseudomonas aureginosae*.

Адекватно общее и местное лечение не привело к улучшению, у пациента наблюдалось вялое течение гнойного очага инфекции, в течение продолжительного времени суток наблюдалась неспадающая припухлость мягких тканей лица, относительно длительно происходил этап очищения некротических элементов, в целом и эпителизация раневых краев оценивалась

как ниже среднего балла.

3.3. Методики оценки тяжести состояния больного и прогнозирования течения флегмон челюстно-лицевой области

Таблица 3.5

Результаты использования методики определения тяжести течения и прогноза у больных с одонтогенными флегмонами

Прогноз и степень	Оценка прогнозирования процесса по шкале	
	Легкая, благоприятный	18
Средняя, сомнительный	44	63,3 %
Тяжелая, неблагоприятный	3	9,2 %
Всего	65	100 %

3.4 таблица свидетельствует о преимуществе авторской шкалы. Сравнительный анализ methods of Solovyov M. M., Alekhova T. M. и предложенной методики показал, что больных с легкой степенью заболевания и благоприятным прогнозом оказалось меньше, чем на 4, 3 процента, а больных с тяжелой степенью тяжести течения заболевания увеличилось в 9,2 %. Данные нашей методики определили адекватные баллы в сумме, потому что принимался во внимание возраст больных, степень тяжести по эндогенной интоксикации, глубина поражения воспаления, вид и опасность сопутствующего заболевания. Разница показателей эндогенной интоксикации, выраженности патологии определены в старшем возрастном коллективе, обязательно с фоновым заболеванием.

Примером несоответствия результатов использованных методов является клинический случай:

Больная С. 42 лет (и/б 106/963). 4. 06. 2019г была госпитализирована в хирургическое отделение ТГСИ по поводу жалоб: общее недомогание, мигрень, на асимметрию правой половины лица, особенно на боли в щечной области, болезненность при глотании.

Предварительный диагноз: Phlegmon of the parotid-masticatory region госпитализирована в челюстно-лицевое отделение Взрослой хирургической стоматологии. При осмотре из Anamnesis vitae выявлено, что patient С. страдает холециститом и гипертонической болезнью. На приеме врача отделения определено состояние средней тяжести, на ЭКГ частота СС отмечена 100 ударами в 1 минуту, со стороны дыхательной системы больная в минуту произвела 32 движения.

Status localis: в правой половине лица parotid-masticatory region за счет коллатерального воспалительного опухания имеется нарушение конфигурации, болезненность инфильтрата, ограничение открывания рта в размере 3,2 см. Проконсультирована кардиологом.

Установлен окончательный диагноз: Одонтогенная флегмона ОУЖ области, ГБ II ст., ожирение I ст.

Таблица 3.6.

Анализ крови больной С., 42 лет на 04.06.2019г

лейкоцитарная формула	Единицы измерения
Hg (гемоглобин)	118 г/л,
Erythrocytes	$3,6 \times 10^{12}$
leukocytes	$17,0 \times 10^9$
band neutrophils(палочкоядерные)	3%
segmented	73 %
lymphocytes	14 %
monocytes	10 %
erythrocyte sedimentation rate(СОЭ)	53

На скорой помощи пациентке осуществлена неотложное вмешательство по поводу трахеостомии в нижнем отделе шеи и вскрытия правосторонней флегмоны ОУЖ. Patient С. в лист назначений истории болезни оформлено фармакологическое назначение лекарственных инъекций по положенной дозировке и авторская схема № 2, заключающаяся в локальном использовании нанопокровов по завершению этапа экссудации. Через неделю поступления в стационар и оперативного вмешательства определен феномен очищения раны, на лицо присутствовали грануляционные молодые ткани. 20 июня 2023 г. наблюдаемая С. выписана в удовлетворительном состоянии по месту жительства.

По нашему заключению, анализ прогноза ухудшения рассматриваемой патологии является важным этапом диагностики на ранней фазе ВП. Как и раньше, так и на сегодняшний день, источником одонтогенной инфекции в монокультуре и в ассоциации является стафилококк и стрептококк. Нами установлено, что базовыми лекарственными средствами в консервативной терапии ОФ лица и шеи принадлежит ванкомицин, амоксиклав, рифампицин. Исследования подтверждены также и данными литературы [122, p.22-28;145, p.9:979].

ГЛАВА 4. ЛЕЧЕБНО-ДИАГНОСТИЧЕСКИЙ АЛГОРИТМ БОЛЬНЫХ С ОФ С ИЗБЫТОЧНОЙ МАССОЙ ТЕЛА

4.1. Клиническая и цитологическая картина у больных с флегмонами челюстно-лицевой области на фоне ожирения, получавших традиционное лечение

Для выполнения цели и задач исследования нами сравнивались показатели состояния организма, клиническая картина патологии, степень тяжести эндогенной интоксикации, состав микробной флоры, гемодинамические показатели, частота сердечных сокращений, частота дыхательных движений в минуту обследования у больных, находящихся в отделении ВХС Ташкентского государственного стоматологического института с диагнозом флегмона одонтогенной этиологии лицевого скелета и мягких тканей на фоне ожирения различных степеней. В данном разделе мы рассматриваем пациентов групп сравнения и контроля, получивших стандартное лечение, описанное во 2 главе настоящей работы.



Рис.4. Пациент К., 1986г.Ожирение II st.

Пациенту К., 1986г.Ожирение II st. проведена операция по вскрытию флегмоны и традиционное лечение в клинике КЮЖЖ ТДСИ. На 3-й день сохранялись признаки интоксикации, температура тела 37,5 С. На 4-й день

лечения состояние больной улучшилось, температура тела нормализовалась, восстановились сон и аппетит. Местный отёк и инфильтрация тканей уменьшились. Наблюдается гнойное отделяемое из раны с уменьшением в динамике. На пятые сутки местные признаки: отёк и инфильтрация практически отсутствуют, отмечается серозное отделяемое из раны. К 5-м суткам в месте раны сохранялись признаки отёка и локальной гиперемии.

Заживление гнойных ран и достоверное уменьшение нагноений зафиксировано через $6,3 \pm 0,2$ дня в 1-й группе и $7,4 \pm 0,3$ дня во 2-й группе ($P < 0,01$). Обратное развитие инфильтрата произошло через $7,1 \pm 0,3$ и $8,0 \pm 0,3$ дня с момента госпитализации соответственно ($P < 0,05$). Продолжительность пребывания пациентов в стационаре составила $8,4 \pm 0,8$ дня в группе 1 и $8,8 \pm 0,7$ дня в группе 2 ($P > 0,05$).

Показатель	Здоровые люди	Больные 1-й группы		
		1-е сутки	3-4-е сутки	при выписке
Лейкоциты, $\times 10^9/\text{л}$ P_i P_i P_z	5,6 \pm 0,2	10,3 \pm 1,3 <0,001	10,5 \pm 1,3 <0,001 >0,05	5,7 \pm 0,3 >0,05 <0,002 <0,001
		>0,05	>0,05	>0,05
Палочкоядерные,% P_i P_i P_z	1,7 \pm 0,2	4,7 \pm 1,3 <0,05	2,0 \pm 0,7 >0,05 >0,02 >0,05	2,5 \pm 0,6 >0,05 >0,05 >0,05
		>0,05	>0,05	>0,05
Сегментоядерные,% P_i P_i P_z	54,1 \pm 1,4	71,4 \pm 1,8 <0,001	79,0 \pm 2,7 <0,001 <0,05 <0,001	53,0 \pm 2,3 >0,05 <0,001 <0,1
		>0,05	>0,05	>0,05
лимфоциты,% P_i P_i P_z	35,3 \pm 1,3	18,6 \pm 2,3 <0,001	1,7 \pm 0,2 <0,001 <0,1 <0,01	30,3 \pm 1,7 <0,02 <0,001 <0,05
		>0,05	>0,05	>0,05
молноциты,% P_i P_i P_z	5,9 \pm 0,4	3,9 \pm 0,6 <0,01	4,7 \pm 0,4 <0,1 >0,05 <0,01	4,7 \pm 0,5 <0,1 >0,05 >0,05
		>0,05	>0,05	>0,05
Эозинофилы,% P_i P_i P_z	2,4 \pm 0,3	0,7 \pm 0,2 <0,001	1,7 \pm 0,5 >0,05 >0,05 >0,05	12,9 \pm 0,6 >0,05 <0,01 >0,05
		>0,05	>0,05	>0,05

Рис. 5 Клинико-лабораторная динамика (1 группа)

В первые дни госпитального нахождения в отделении в группе контроля (3-я) кровяной анализ показал лейкоцитоз, равный 13,2, индекс превышал значения в группе сравнения и наблюдения. Следует отметить факт, что на 4 -

ые сутки проводимого стандартного лечения индекс лейкоциты имели значение 8,87. В контрольной 3-ей группе индекс лейкоцитоза был равен 11, а к 5-м суткам он составил 8,93.

В результате комплексного лечения процентное содержание лимфоцитов и моноцитов нормализовалось при динамическом наблюдении со дня поступления. Однако, благополучная динамика, к моменту выписки во 2-й группе данный показатель не нормализовался. В 3-й группе данный показатель полностью нормализовался к концу лечения. У всех госпитализированных пациентов наблюдалась лимфопения.

Заживление гнойных ран и достоверное уменьшение нагноений зафиксировано через $6,3 \pm 0,2$ дня в 1-й группе и $7,4 \pm 0,3$ дня во 2-й группе ($P < 0,01$). Обратное развитие инфильтрата произошло через $7,1 \pm 0,3$ и $8,0 \pm 0,3$ дня с момента госпитализации соответственно ($P < 0,05$). Продолжительность пребывания пациентов в стационаре составила $8,4 \pm 0,8$ дня в группе 1 и $8,8 \pm 0,7$ дня в группе 2 ($P > 0,05$).

4.2. Результаты комплексного лечения, включающего препарат

Глюкофаж и наноповязки во 2 основной группе пациентов с ОФ.

В основной группе больных, состоящей из 25 лиц женского и мужского пола, имеющих в анамнезе одонтогенную флегмону различной локализацией воспалительного процесса лёгкой, средней и тяжёлой степени, проводилось стандартное лечение, заключающееся в хирургическом вскрытии гнойного очага, медикаментозной терапии антибактериальными, антигистаминными, дезинтоксикационными средствами+ предложенная схема № 2.

Схема № 2 -предложенное лечение категории больных с ожирением

Группа	Медикаментозное лечение	Лекарственные средства
II группа	антибактериальная терапия	широкоспектральные препараты 5-7 дн.
	антигистаминные препараты	зодак, диазолин
	дезинтоксикационная терапия	раствор Рингера, 5% р-ор глюкозы с 5% р-ром аскорбиновой кислоты
	симптоматическое лечение	НВПС, обезбаливающие
	лечение витаминами	витамины гр. В, витамин С
	физиоманипуляции	
	Снижение веса тела	Глюкофаж 500 мг в день per os
	Раневые гидроколлоидные покрытия	Altrazeal ежедневно

Клинический пример пациента 2 группы, имеющего в анамнезе ОФ и ожирение 2 степени.

В основной группе больных, принимавших Глюкофаж с умеренной диетой калорийности и местными обработками защитными повязками нами наблюдался успешный клинический эффект. 18 наблюдаемых, что составило 70 % данной группы больных почувствовали заметные положительные сдвиги в динамике состояния организма спустя 2 часа вслед за приёмом препарата, а именно значительно меньше ощущался болевой признак, пациенты уже не жаловались на сон, улучшился аппетит. Наоборот, в group сравнения динамика общего организма со стороны patients положительная наблюдалась не ранее 4-х суток вслед за оперативными вмешательствами.



Рис.6 Больной Ш.И., 1980 г.Ожирение II st.

В клинике ТГСИ КЮЖЖ была проведена операция по вскрытию флегмоны у пациента с булимией и применено предложенное нами лечение. Было показано, что данный метод лечения сокращает общие и местные клинические обследования пациента, а также улучшает заживление послеоперационных ран и тканей у пациента через 5 дней (рис.6) . Местное лечение ультратонким раневым перевязочным материалом на основе нанотехнологий ускоряет процесс очищения ран от гнойных масс, грануляции и эпителизация появляются раньше.

Таблица 4.1.

Группы	Терапия с Глюкофажем и без него	Суммарный балл в среднем по шкале ОТФ
Основная	препарат Глюкофаж в сочетании с диетой умеренной калорийности	22,92 + 7,11
Сравнения	без препарата Глюкофаж	23,7 + 5,6

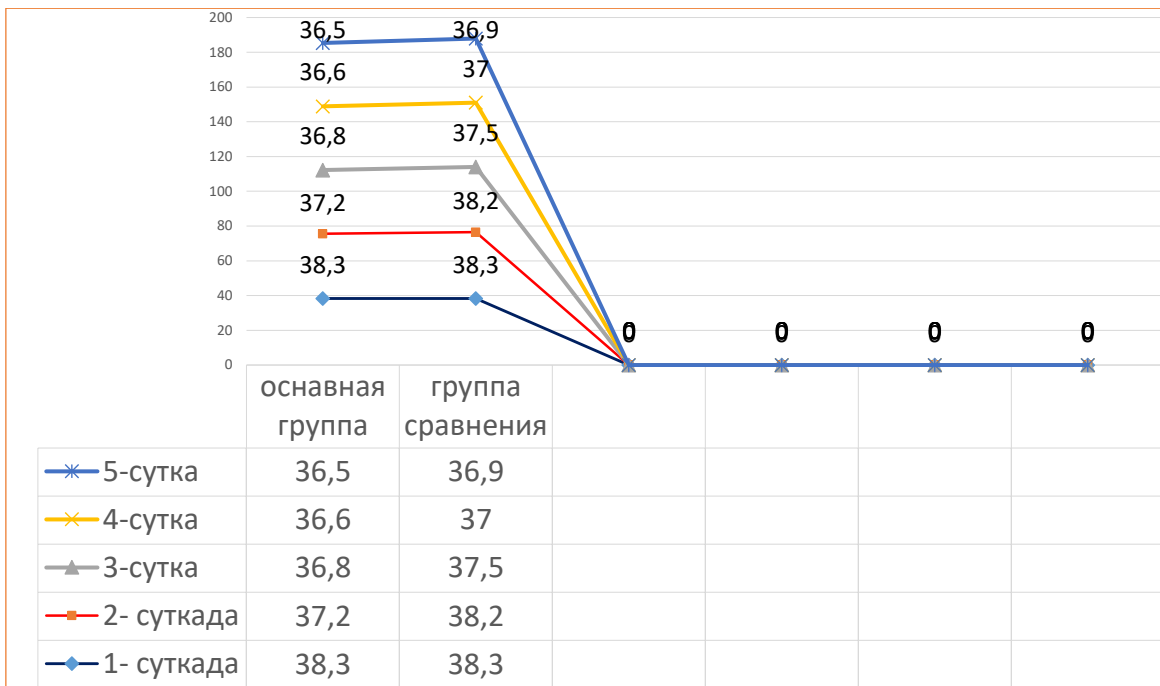
Показатель	Здоровые люди	Больные 2-й группы		
		1-е сутки	3-4-е сутки	при выписке
Лейкоциты, $\times 10^9/\text{л}$	5,6 \pm 0,2	12,9 \pm 0,9	8,8 \pm 1,0	8,2 \pm 0,5
P_1		<0,001	<0,001	<0,001
P_{1_2}			>0,01	<0,001
Палочкоядерные, %	1,7 \pm 0,2	5,4 \pm 1,2	3,6 \pm 0,7	3,9 \pm 1,6
P_1		<0,01	<0,02	>0,05
P_{1_2}			>0,05	>0,05
Сегментоядерные, %	54,1 \pm 1,4	72,5 \pm 1,6	66,5 \pm 0,3	57,7 \pm 0,8
P_1		<0,001	<0,001	<0,05
P_{1_2}			<0,001	<0,001
лимфоциты, %	35,3 \pm 1,3	16,4 \pm 1,8	21,1 \pm 1,8	26,6 \pm 1,7
P_1		<0,001	<0,001	<0,001
P_{1_2}			<0,1	<0,001
моноциты, %	5,9 \pm 0,4	5,1 \pm 0,7	6,9 \pm 0,6	5,6 \pm 0,5
P_1		>0,05	>0,05	>0,05
P_{1_2}			<0,1	>0,05
Эозинофилы, %	2,4 \pm 0,3	0,4 \pm 0,2	1,6 \pm 0,7	4,0 \pm 0,7
P_1		<0,001	>0,05	<0,05
P_{1_2}			<0,1	<0,001

Рис. 7. Клинико-лабораторная динамика (2 группа)

У пациентов 2-й группы в общем анализе периферической крови индекс лейкоцитоза на момент поступления составил 13,0, что выше, чем у пациентов 1-й группы, однако к 5-м суткам индекс лейкоцитоза составил 8,93 (рис.7). У пациентов 1-й группы индекс лейкоцитоза был равен 11, а к 5-м суткам он составил 8,93.

В результате комплексного лечения процентное содержание лимфоцитов и моноцитов нормализовалось при динамическом наблюдении со дня поступления. Однако, благополучной динамики к моменту выписки во 2-й группе не наблюдалось, данный показатель не нормализовался. Во 2-й группе данный показатель полностью нормализовался к концу лечения. У всех госпитализированных пациентов наблюдалась лимфопения.

Эффективность применяемой терапии, отражена клиническими симптомами в графиках на рисунках 8 и 9, а именно понижение температуры тела, частота сердечных сокращений и частоты дыхания.



■ группа сравнения

◆ основная группа

Рис. 8 Положительные сдвиги t тела в первые 5 суток после операции в основной и контрольной группах.

Стабилизация и улучшение динамики клиники у patients, назначенным Глюкофажа, наблюдалось намного ранее, чем в сравнительной группе.

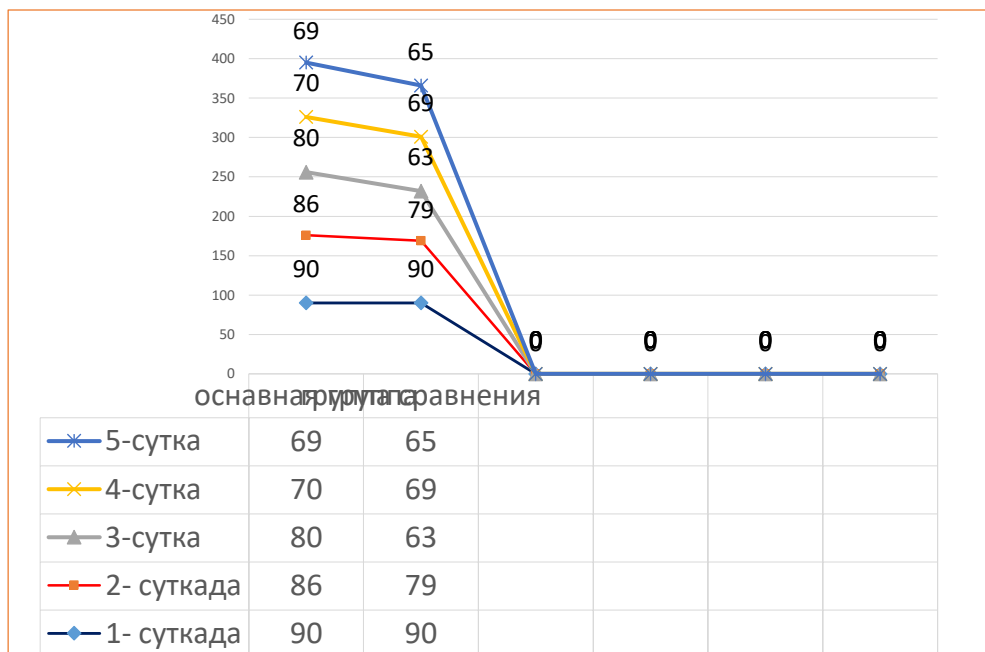


Рис. 9 Стабилизация ЧСС у больных в первые 5 суток ввслед за оперативным вмешательством в сравниваемых groups.

Таблица 4.2.

Гр.	Symptoms	Есть, нет	Временной интервал (сутки)
II-ОГ	Болезненность	нет	2, 44± 0, 16
I-ГС	Болевая реакция	нет	4, 35 ± 0, 34
III-КГ	Болевой признак	нет	2,04±0,15
II-ОГ	Припухлость	нет	2, 78 ± 0, 17
I-ГС	Припухлость	есть	4, 82 ±0, 6
III-КГ	Припухлость	нет	2,3 ± 0,15
II-ОГ	открывание рта	есть	3,5 ± 0, 13
II-ОГ	проглатывание пищевого комка	есть	3,4 ± 0, 12
I-ГС	открывание рта	есть	4,8 ± 0, 24
I-ГС	проглатывание пищевого комка	есть	4,7 ± 0, 23
III-КГ	открывание рта	есть	2, 5± 0, 18
III-КГ	проглатывание пищевого комка	есть	2, 4± 0, 16

Из табл.4.2. прослеживается следующая динамика клинических симптомов воспалительных реакций: у patients основной гр. болевая реакция от раны остановилась через 2,44±0,16 дней. В сравнительной группе боль в ране исчезала лишь на 4, 35 ± 0, 34 сутки.

Припухлость мягких тканей у обследуемых основной гр. спадала уже на 2, 78 ± 0, 17, у в group сравнения на перевязках в послеоперационном периоде еще на четырех сутках прослеживался. Проглатывание пищевого комка в результате полноценного открывания челюстей восстановилось в среднем на 3,4 ± 0, 12 сутки во II group; на 4,7 ± 0, 23 день в group сравнения, а в контрольной группе через 2, 4± 0, 16 сутки пациент пришёл в прежнее состояние.



Рис.11а

б

в

Рис. 11. Вид больного С. (история болезни №25032)

А- вид до операции в профиль, б- вид до операции в фас, в- после операции через день.

На фото 11 Клиника больного С., 46 лет с диагнозом: odontogenic phlegmon of the left cervical space. У пациента наблюдалась асимметрия лица по причине отека коллатералей, захвативших несколько клетчаточных пространств: поднижнечелюстную, щёчную, и подподбородочную. Рот не открывался свыше 0,6 см. На фото 11б patient спустя 2 суток после операции. Местный статус: внешние изменения со стороны лица ушли, вернулась симметричность, рот стал открываться.

В наблюдаемом нами коллективе по отношению к гр. сравнения на 2 суток раньше начинались процессы гранулирования и эпителизации раны, заканчивалось очищение вскрытой поверхности от экссудата и некрозов. Это происходит от деятельности протеиназ. Спад активности тромбоцитов и улучшение характеристики эритроцитов способствует снижению кровяной вязкости, повышая качество реологии и микроциркуляцию.

Протеиназы, обладая протеолитическими свойствами энзимов, способствуют катаболической фазе воспаления и усилению его регенеративной фазы. Все это позволило быть месту раннего образованию грануляционной ткани и процессу краевой эпителизации раны у patients,

лечившихся повязками Altrazeal.



Рис.12 Послеоперационная рана больного Б. (и/б № 27900) через 2ое суток после операции

На фото 12. больной Б., 32 года, (и/б № 27900), (ОГ). Диагноз - ОФ поднижнечелюстной проекции. На фоне предложенной терапии без использования средств ферментативно-энзимных при гнойно-некротической и даже при гнилостно-некротической флегмоне в течение трех дней прослеживалась положительная динамика.

Согласно клинической картине и цитологическому состоянию вскрытой раны в 1-ой и 3-ей обследуемых коллективах при использовании традиционных мазевых повязок(левомиколь) время заживления, образования эпителиальных и грануляционных клеток удлинялся в среднем на пять суток, по отношению к лицам из наблюдаемой группы, которым назначали препарат Глюкофаж и использовали нано покрытия на раневую поверхность.

Цитологическая картина гемодинамики основной группы

В ходе настоящего исследования была изучена цитологическая картина кровяных элементов в дооперационном периоде и в динамике проводимого лечения пациентов с одонтогенной флегмоной челюстно-лицевой области по предложенной схеме № 2 и стандартному лечению по схеме № 1 (см.2 главу).

Результаты исследований анализа крови показали значительно низкие

данные лейкоцитных элементов и количественное понижение величины РОЭ patients II group, эти показатели были схожи с цифровыми значениями III group. В отличие от group сравнения после вскрытия гнойного места вплоть до пятых суток проявляется вялый лейкоцитоз, РОЭ сохраняется на прежних патологических величинах (см.табл.4.3) Во всех обследованных группах пациентов до вскрытия гнойника segmented leukocytes были высокими, а lymphocytes предельно низкими, успешность и результативность адекватного лечения тем не менее нормальной стабилизации величин этого показателя во 1-й и 3-ей группе на выходе из стационара не происходило

Таблица 4.3

Лейкоциты (x10 ⁹ /л)		РОЭ (мм/ час)	
До операции	После лечения	До лечения	После лечения
I group			
13,56 ± 0,9	9,04 ± 0,26	31,2 ± 1,9	30,09 ± 1,7
II group			
13,06 ± 0,5	8,12 ± 0,37*	28,65 ± 1,8	16,35 ± 1,6*
III group			
13,05 ± 0,5	8,13 ± 0,33*	26,65 ± 1,6	19,01 ± 1,7*

* показатель достоверен по разнице с контрольными значениями (p - < 0,05)

Показатели выраженности воспалительного процесса до лечения и в процессе лечения отражены в нижеуказанной 4.4.табл.

Табл.4.4

Показатели выраженности воспалительного процесса

(%)	Б	Э	П/я	С/я	Л	М	ЛИИ	Н/м индекс
Основная группа								
При пост.	0,1 ± 0,05	2 ± 0,22	4,15 ± 0,6	71,84 ± 1,2	14,8 ± 0,9	7,1 ± 0,5	1,9 ± 0,2	3,8 ± 0,2
В динам.	1,1 ± 0,1	1 ± 0,1*	1,8 ± 0,21	65,1 ± 0,9	22,6 ± 0,9*	Ю,5 ± 0,3*	1,6 ± 0,1	2,2 ± 0,1
Группа сравнения								
При пост.	0,1 ± 0,1	1,2 ± 0,2	4,3 ± 0,54	74 ± 0,9	И,9 ± 0,7	8,4 ± 0,41	2,9 ± 0,4	4,3 ± 0,3
В динам.	0,02 ± 0,1	1,2 ± 0,2	2,6 ± 0,32	71,4 ± 0,9	15,5 ± 0,8	9,42 ± 0,5	1,9 ± 0,2	3,2 ± 0,1

Цитологическое состояние кровяных элементов
с ожирением по предложенному протоколу
(2-я group , $M \pm m$)

Примечание: P1 – статистически достоверная разница среди данных здоровых и больных;

Элементы крови	Здоровые	Больные 2-й group		
		На момент осмотра	После операции	Выход из стационара
Сегментоядерные, % P1 P2	54,1±1,4	72,5±1,6 <0,001	66,5±0,3 <0,001 <0,001	57,7±0,8 <0,05 <0,001
Лимфоциты, % P1 P2	35,3±1,3	16,4±1,8 <0,001	21,1±1,8 <0,001 <0,1	26,6±1,7 <0,001 <0,001
Моноциты, % P1 P2	5,9±0,4	5,1 ±0,7 >0,05	6,9±0,6 >0,05 <0,1	5,6±0,5 >0,05 >0,05
Эозинофилы, % P1 P2	2,4±0,3	0,4±0,2 <0,001	1,6±0,7 >0,05 <0,1	4,0±0,7 <0,05 <0,001

P2 - разница до операционного дня и выхода из больницы

Во всех обследованных группах пациентов до вскрытия гнойника segmented leukocytes были высокими, а lymphocytes предельно низкими, успешность и результативность адекватного лечения тем не менее нормальной стабилизации величин этого показателя во 1-й и 3-ей группе на выходе из стационара не происходило. Наоборот, во 2-ой основной группе при выписке из отделения отмечалась стабилизация нормальной величины segmented leukocytes. В последние дни завершённого лечения обратного восстановления числа lymphocytes не происходило в 3-ей группе, но более выраженное снижение отмечали у 1-ой группе, более схожими с нормой величин лимфоцитов наблюдали в нашей наблюдаемой 2-ой группе пациентов.

Моноциты до операции составили $5,1 \pm 0,7$ ($p > 0,05$), низкий показатель

в сравнении со здоровыми, но тем не менее, после авторской схемы наблюдали нормальную величину $5,6 \pm 0,5$ ($p > 0,05$) моноцитов.

Эозинофилы, %		$2,4 \pm 0,3$	$0,4 \pm 0,2$	$1,6 \pm 0,7 > 0,05$	$4,0 \pm 0,7 < 0,05$
	P ₁		$< 0,001$	$< 0,1$	$< 0,001$
	P ₂				

Довольно выраженная пения наметилась в эозинофильном ряду до операции всех пациентов, зато к выписке из стационара во 2-ой наблюдаемой гр.она составила $4,0 \pm 0,7$ ($p < 0,05$), что было намного ближе к нормальным величинам здоровых, чем у пациентов группы сравнения и контроля без предложенной схемы лечения.

4.3 Эффективность комплексного лечения с препаратом Глюкофаж.

На фоне оперативного разреза, оттока экссудата и комплексного применения Глюкофаж patients уже в 1 сутки чувствовали существенное улучшение общего состояния.



Рис. 13. Больной Ш., 1980 г. Ожирение II ст.

В клинике ТГСИ ВХС была проведена операция по вскрытию флегмоны у пациента применено предложенное нами лечение. Было показано, что данный метод лечения сокращает общие и местные клинические обследования пациента, а также улучшает заживление послеоперационных ран и тканей у пациента через 5 дней. Местное лечение ультратонким раневым перевязочным материалом на основе нанотехнологий ускоряет процесс очищения ран от гнойных масс, грануляции и эпителизация появляются раньше

В 50,5 % случаев у 32 обследованного процесс протекал без значительной болевой реакции, в свою очередь такие пациенты обходились без обезболивающей терапии. В 10,3 %, а именно 7 больных, которым применялся Глюкофаж анальгетики давали лишь 2 дня.

Симптомы в основной group выявлены только у 7 человек из 21, тем более головокружение и подташнивание оказались кратковременными и невыраженными.

Во II гр. после хирургии раны температура тела нормализовалась на 3 и 2 сутки(рис.14).



Рис. 14 Динамика нормализации температуры тела

В I гр. температура тела 36,9 градусов наступала лишь на четвертый день

после вскрытия гнойного инфильтрата.

Проводился мониторинг ЧСС и ЧДД, так в группе сравнения отмечалась стабильная разница, выраженная в понижении частоты сердечных сокращений и частоты дыхательных движений (рис 14,15).

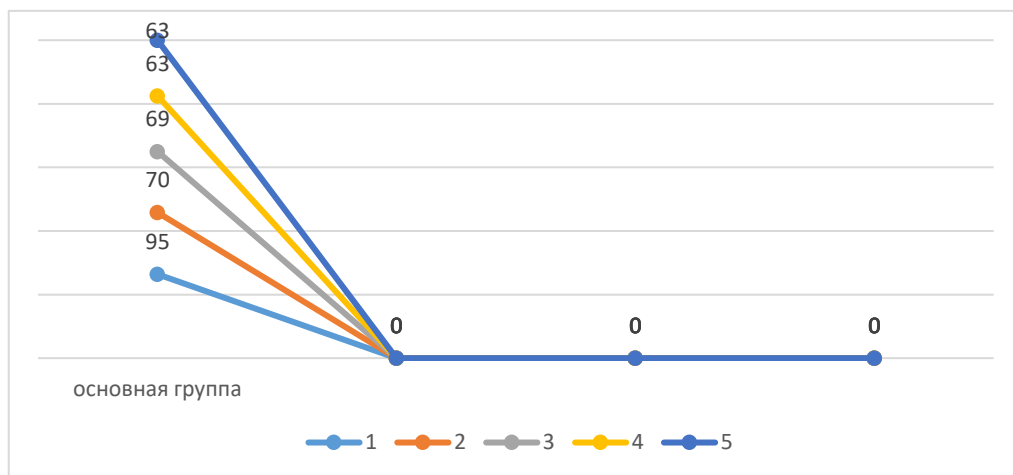


Рис. 15 Мониторинг нормальных величин ЧСС у больных разных group



Рис. 16 Мониторинг нормальных величин частоты дыхания у больных разных гр.

Спад токсичности ЭИ доказывается и мониторингом лабораторных гемодинамических величин.

Таблица 4.5

Мониторинг базовых индексных значений

Наименование	II гр.				I гр.	
	А		Б			
	При пост.	В динам.	При пост.	В динам.	При пост.	В динам.
Количество лейкоцитов (x 10 ⁹ /л)	12,3 + 0,8	8,3± 0,26*	14,7 + 0,7	6,8 + 0,43*	13,4 + 0,8	10,0± 0,5
Н/м индекс	3,7± 0,3	2,45 + 0,2*	4,8± 0,39	2,38 + 0,2*	4,3 ± 0,32	3,2± 0,15
ЛИИ	3,1 ± 0,39	2,1 ± 0,28*	4,18 ± 0,5	2,1 + 0,27	2,9 + 0,35	1,97± 0,2
СОЭ (мм/час)	29,9 + 1,9	19,3 + 2,9*	29,8 ± 3,5	18,7± 1,9*	30,8 + 1,9	30,1 + 1,4

* показатель достоверно отличается от контроля (p - < 0,05)

При гнойно-воспалительных заболеваниях челюстно-лицевой области в мазках периферической крови отмечаются снижение количества эритроцитов и изменение СОЭ в результате интоксикационных процессов, которые в результате комплексного лечения достигают нормальных значений. Величина СОЭ была выше, чем у лиц КГ. Проведенная хирургическая тактика сравняла эти показатели до нормальных величин. Индекс ЛИИ- критерий эндогенной интоксикации понижен был в нашей наблюдаемой сетке в 2 раза (см табл. 4.6).

Иммунная система страдает при остром воспалительном процессе, долгое время имеющий место умеренный лейкоцитоз, сдвиг в сторону повышения СОЭ

Табл.4.6

Состояние кровяных клеточных элементов

Erythrocytes (x 10 ¹² /л)		Лейкоц.индекс		Leukocytes (x10 ⁹ / л)		Скорость оседания эритроц.	
Во время	Динамика	Во время	Динамика	Во время	Динамика	Во время	Динамика

обраще ния		обраще ния		обраще ния		обраще ния	
Основная группа							
4,28 + 0,56	5,58 ± 0,09*	4,73 ± 1,1	2,24 ± 0,9	12,73± 0,6	8,93 ± 0,34*	42± 1,7	19 ± 1, 8*
Группа сравнения							
4,32 ± 0,1	4,76 ± 0,1	4,67 ± 1,2	3,36± 1,1	12,64 ± 0,8	10,56± 0,45	39+ 1,97	28 ± 1,4

У наблюдаемых ОГ по лабораторному исследованию кровяные параметры показывают картину ОВП на конец завершения: значительное понижение цифровых показателей лейкоцитов до нормы, нейтрофилы понижены, плюс лимфоциты в 2 раза повысились по сравнению на начало стадии.

Таблица 4.7.

Подгруппы	Элементы крови	при поступлении	На 5 сутки	
А	лимфоциты	13,08 + 7,4 %,	31,45 + 7,8 %.	Повыси- лось
Б	лимфоциты	10,96 + 3,17 %	22,46 + 7,2 %.	Увели- чилось
подгруппа А	Т-популяции лимфоцитов		45,21 + 1,32 %.	Увели- чилось
подгруппа Б	Т-популяции лимфоцитов	50,53 + 1,19 %	65,3 + 1,28 %	Увели- чилось

По таблице 4.7. можно высказать гипотезу, что способность Глюкофажа к адаптивному действию поддерживать иммунную систему и ограничивать

вегетативные расстройства, предоставило возможность подускорить процесс перехода раневой стадии в регенеративную фазу.

В таблице 4.8 отражена динамика процесса в ране в различных groups. Рассматривая табл.4.8., понятно, что у patients основной группы, чем в группе сравнения, в усредненном значении на 2 - 3 суток убыстряется положительный сдвиг этапа раны с предыдущей фазы в следующую, на трое суток быстрее раны очистились и образовались грануляции с краевой эпителизацией.

Таблица 4. 8

Динамика раневого процесса в различных группах

	Группа наблюдения	Группа контроля	Группа сравнения
Отсутствие коллатерального отека вокруг раны мягких тканей	3, 65 ± 0, 27	1, 75 ± 0, 12*	4, 3±.0, 26
Нет красноты кожных покровов	3 ± 0, 15*	2,4±0,15*	4, 85± + 0, 3
Потеря боли в ране	2 ± 0, 13*	1,8±0,09*	2, 9 ±+ 0, 12
Проглатывание пищевого комка размыкание челюстей	4, 01±+ 0, 2	2,08±0, 27*	2, 6 ± 0, 29*
Устранение некрозов, освобождение от гноя	2,7 ± 0, 15*	2,3±0, 13*	4, 6±0, 27
Эпителизация краев на коже	4, 25 ± 0, 19*	3, 75 ± 0, 1*	6, 45 ±0, 3
Образование грануляционной ткани	3, 6 ±0, 28*	3,78±0, 27*	5, 37 ±0, 5

Критериями эффективности проводимого лечения послужили спад эндогенной интоксикации, нормализация терморегуляции организма, выражаемое нормальными величинами 36,9 градусов С, образованию эпителиальных конгломератов и грануляций, уменьшению пребывания пациента на стационарной койке.

Эффект от применения препарата Глюкофаж был выражен на течение сопутствующей патологии. В основной гр. наблюдаемые лица, страдающие гипертонической болезнью, их насчитывалось 8 человек, на фоне проводимой терапии наблюдалось снижение АД.

В ГС продолжительность стационарного лечения была равна $10,58 \pm 0,56$ сут.

В инструкции *Глюкофаж* без противопоказаний, он удобен и безопасен, принимается в основном, через рот, что делает его возможным применять при ГВП в ЧЛЮ.

4.4. Ранозаживляющий способ лечения больных после вскрытия одонтогенной флегмоны при избыточном весе

После вскрытия одонтогенной флегмоны и ежедневных обработок раневых поверхностей антисептическими растворами, а также завершения фазы экссудации в наблюдаемой группе (2-ая основная), в которую входили 25 больных с избыточным весом различной степенью ожирения, местно на рану укладывали порошковую повязку «Altrazeal» (рис. 9).

Перевязочные мероприятия осуществлялись не реже одного раза в день.

Сравнительная группа (1-ая группа) –принимавшие стандартное общее лечение, сопровождающееся этапами операции, проводилось вскрытие флегмон и обработка раневой поверхности р-рами хлоргексидина биглюконат 0,02 % и levomekol-повязки, с последующем введением в полость раны резинового выпускника.



Рис. 17 – Раневая порошковая повязка «Altrazeal»

Критериями эффективности проводимого лечения послужили спад эндогенной интоксикации, нормализация терморегуляции организма, выражаемое нормальными величинами 36,9 градусов С, образованию эпителиальных конгломератов и грануляций, уменьшению пребывания пациента на стационарной койке.

Проведенные ретроспективные исследования 415 историй болезней пациентов, получивших ранее хирургическое лечение в отделении, позволили распределить их смотря по топографии воспалительного места (см.рис.10). Достоверность ($p < 0,001$) пациентов с крайне тяжелым течением-9 лиц(2,0%); средне- тяжелым течением заболевания - 95 чел. (17,6 %); тяжелое состояние было у 90 пац. (69,8 %); со средней степенью оказалось самое большее число -191 пациентов (легкая степень – у 30 лиц (8,5 %).

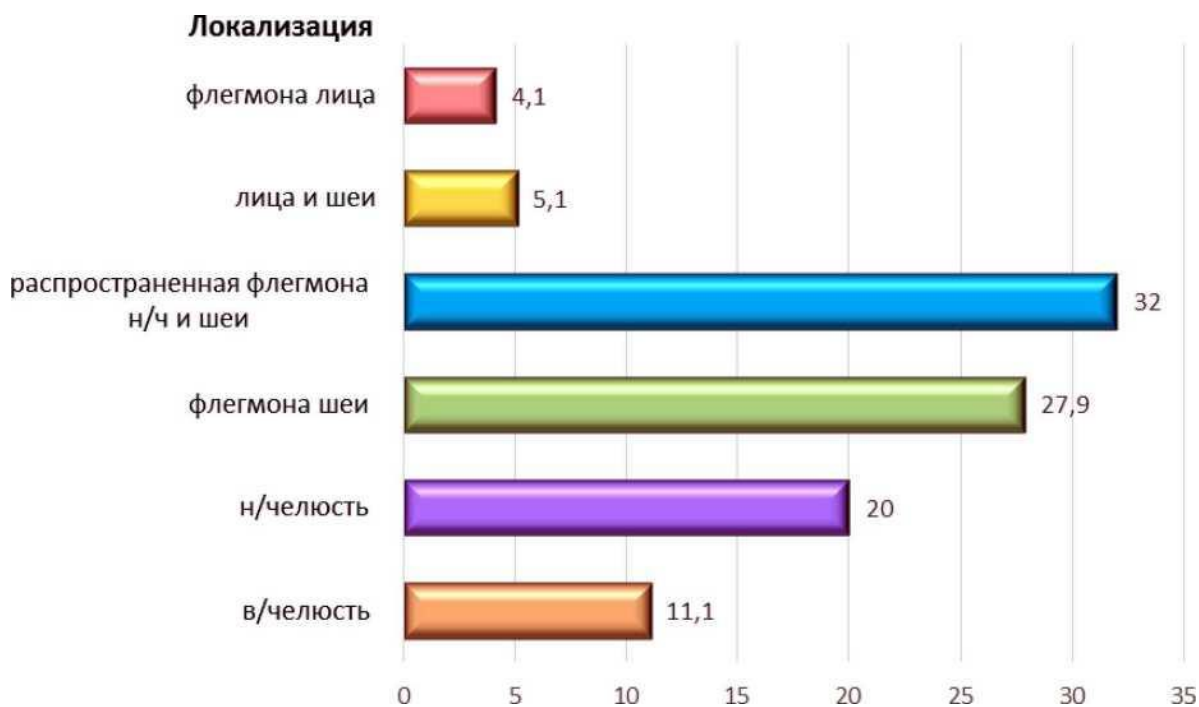


Рис. 18 – Процентная расстановка флегмоны одонтогенного происхождения по анатомическим областям лица и шеи

Анализ статистической достоверности по хи-квадрат (Пирсон) обнаружил весомую связь тесноты ($|r| = 0,78$, $|r| = 0,76$) и умеренную ($|r| = 0,63$) корреляцию между критерием «тяжелой степени» и флегмоной в случаях тонзиллогенной этиологии одонтогенного происхождения.

Характеристика больных по тяжести процесса представлена на рисунке 19.

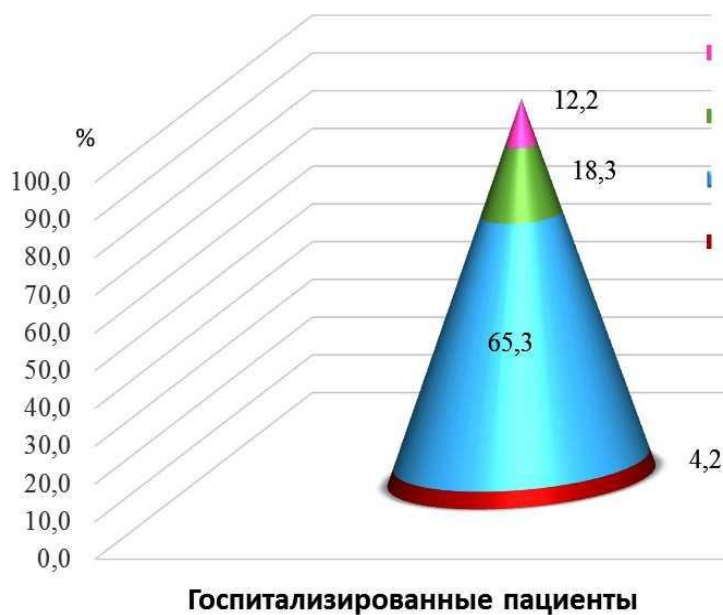


Рис.19. Количество больных по степени тяжести

Стандартное лечение флегмон

Анализ традиционного лечения, применяемого в группе сравнения, показал нормализацию температуры тела только в начале 7-х суток. Болевой синдром купирован на $5,56 \pm 0,25$ дня; К $10,68 \pm 1,4$ суткам констатировали окончание экссудации, а начало созревания грануляций наступило лишь к $10,54 \pm 0,96$ суткам. Величина усадки раны по данным LN. Попова к 3-м суткам составила 4,6%, к 8-м суткам скорость уменьшения составила 9,5%, к 10-м суткам площадь раны составила 11,5%, к 15-м суткам она уменьшилась на 10,5% до $12,8 \pm 1,34$ дня.

Оценка цитограмм-показателей при динамическом просмотре на начальные трое суток у наблюдаемой группы больных определялись множественные массивные накопления детрита и реакция лейкоцитарной взвеси, показывающая соответствие начальной стадии воспаления, в мазках сплошь сегментоядерные нейтрофилы (рис.20). И только на 8-й день определялось количество дегенеративных и изменённых форм форменных элементов нейтрофилы, умножались макрофагальные элементы.

(рис.20 – Мазок-отпечаток. Флегмона лица. Массивная лейкоцитарная реакция во II группе)

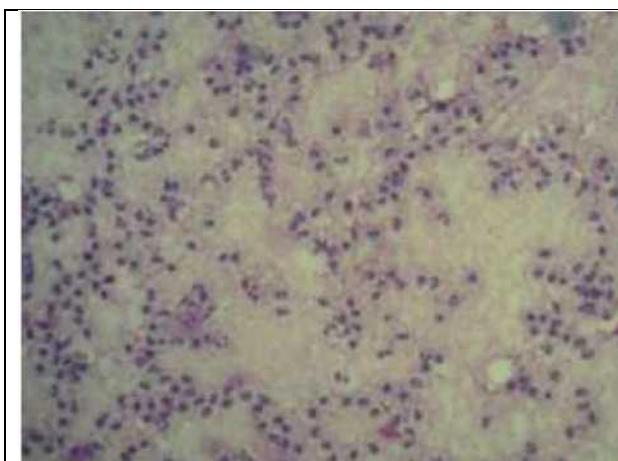


Рис. 20 – Воспалительный тип цитограммы.

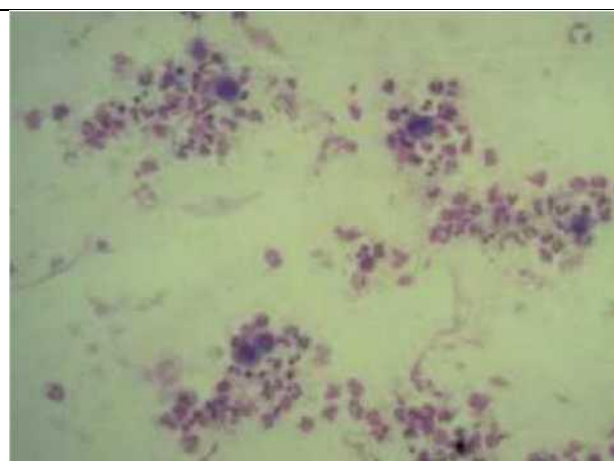
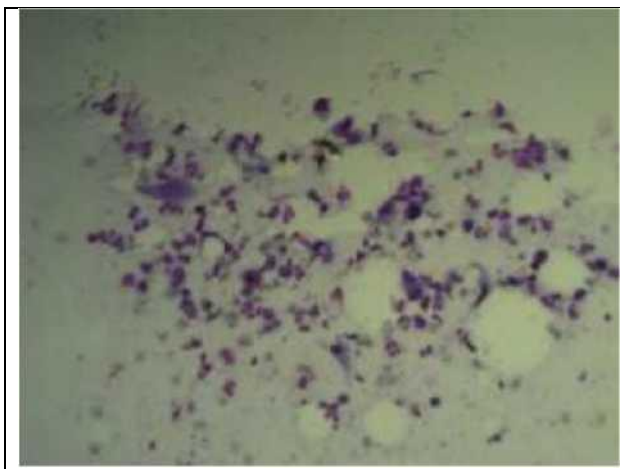
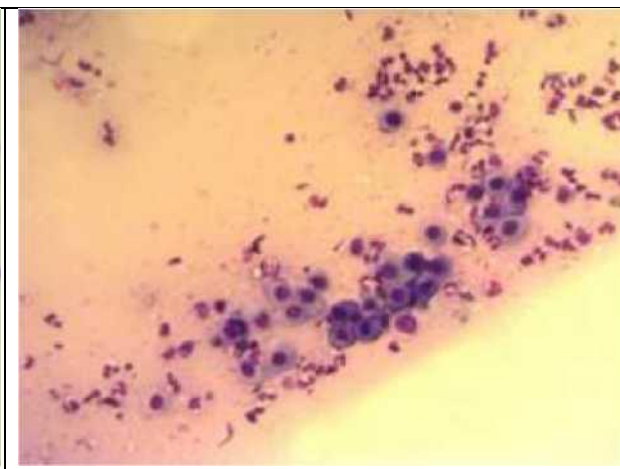


Рис.21. Воспалительно-регенераторный тип цитограммы

На рис. 20 изображена цитограмма человека из группы сравнения. Отмечается усиленный рисунок с обилием нейтрофильных лейкоцитных элементов. Цитограмма на третьи сутки после поступления: об. 22 х

На рис.21 изображен мазок-отпечаток того же человека из группы сравнения. Отмечается регенерация клеточных элементов: макрофаги на фоне лейкоцитов на 7-е сутки, об. 22х

	
<p>Рис. 22. Мазок-отпечаток пациента II группы на 10-е сут</p>	<p>Рис. 23. Цитограмма: регенераторный тип</p>

На рис. 22 изображено образование fibroblasts на 8ые сутки (ув.22х)у пациента наблюдаемой группы, которым применили предложенную схему лечения № 2. Образование fibroblasts подтверждает феномен появления грануляционной ткани, способствующей заживлению раны.

На рис.23 цитограмма пациента II группы на 10-е сутки. Определяются молодые высокодифференцированные клетки. Краевая эпителизация в раневой поверхности (рис.23).

У больных группы наблюдения-основной группы на 10-й день в гистолограммах наблюдалась гомогенизация коллагеновых волокон, в наибольшем количестве появлялись плазматические клеточные элементы.

Хлоргексидин биглюконатом 0,02 %. Раствора раневая поверхность

обрабатывалась ежедневно несколько раз в сутки, подверженные клетчаточные пространства подвергались дренированию. (рис. 24).



Рис.24. Больная Д., 45 лет. После оперативного вмешательства на 4 сутки.

Больным осуществляли комбинированную медикаментозную терапию. Начиная с 3-их суток делали каждодневно разовые перевязки с хлоргексидина биглюконата 0,02 % раствором, а также накладывались стерильные повязки «Altrazeal».

Приблизительно к десятому дню состояние больного намного стабилизировалось, улучшилась температуры тела, в общем анализе крови произошёл сдвиг влево лейкоцитоза.

На 15-е сутки раневая поверхность заполнена грануляционной тканью наблюдалось усиленное заполнение участков эпителизации с краев раны, площадь повреждения намного сокращалась.

4.5. Оценка эффективности метода стимуляции неоангиогенеза тканей - раневого покрытия

Оценка эффективности метода стимуляции неоангиогенеза тканей с применением раневых покрытий проведена по результатам цитологических исследований.

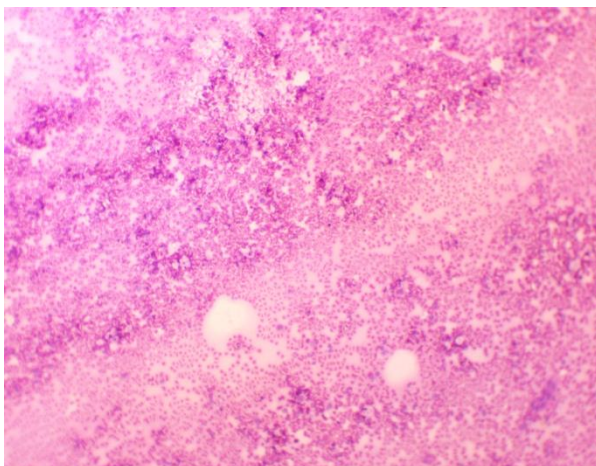


Рис 25. Малое число лейкоцитов, выраженное очищение раны от некротических масс и экссудата гноя при применении предложенной схемы лечения с «Altrazeal» повязками. окраска Г-Э. Ув: 4.0X10.

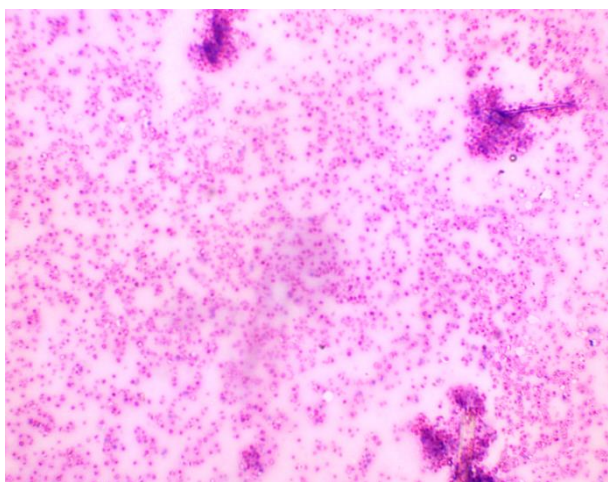


Рис 26. Цитограмма содержит незначительное количество лейкоцитов и эритроцитов. Окраска Г-Э. Ув: 4.0X10.

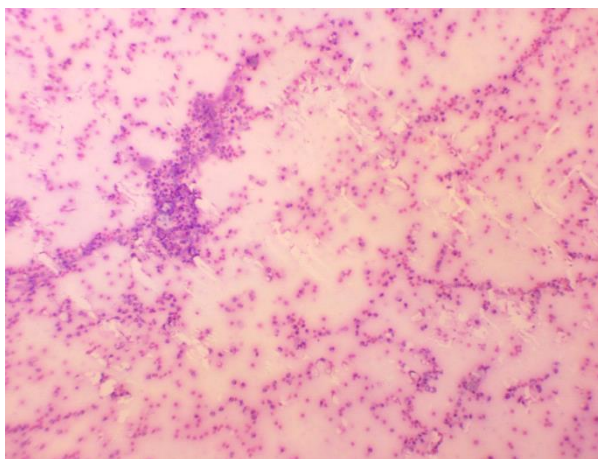


Рис 27. Очаг «умерших» нейтрофилов. Очищенное раневое ложе после применения «Altrazeal» покрытий (5 сут). Окраска Г-Э. Ув: 4.0X10.

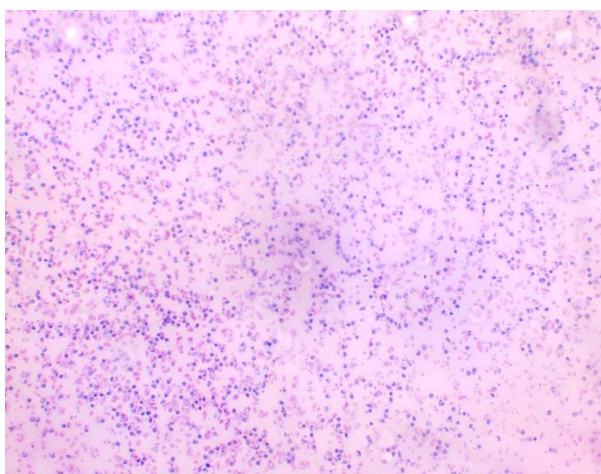


Рис 28. Эпителиальные клетки после предложенного лечения (10 сут). Окраска гематоксилин и эозин. Ув.об. 4.0X10.

На представленной диаграмме представлены результаты микробиологических исследований у пациентов 1-й и 2-й групп, проведенных на 1-й и 3-й дни лечения. При этом у 66,5% больных выявлены монокультуры, а у 33,5% больных – ассоциации различных микроорганизмов; В монокультурах стафилококки и стрептококки составляют 47,5% и 26,25% соответственно. Согласно диаграмме, считается, что положительные изменения в исследуемой флоре больных зафиксированы на 3-и сутки. Следует отметить, что хотя патогенные штаммы (*St. aureus*) стафилококков начали выделяться у этой группы на 7-е сутки, анализ микробиологических исследований, проведенных у этих же больных на 14-е сутки, показывает, что

положительные изменения, отмеченные на 7-е сутки, не только сохранились, но и еще больше усилились.

Перевязку осуществляли на следующий день после операции, промывая 0,02 % р-ра хлоргексидина, в итоге рана очищалась, появлялась грануляционная ткань, затем ее края эпителизировались.

Динамический контроль процесса очищения и степень заживления раны с помощью микробиологического, цитологического исследований проводили с учетом клинико-лабораторных показателей и ее макроскопической картины.

В этиологии ГВП ведущую роль принадлежит стафилококкам, при микробиологических исследованиях патологического содержимого гнойного очага монокультуры составили 36%. Комбинации ассоциаций равнялись 62%, больший процент охватил двух ассоциантов (70,5%), три и более ассоцианты выявлены в 20,5% ситуациях (Рис. 29).

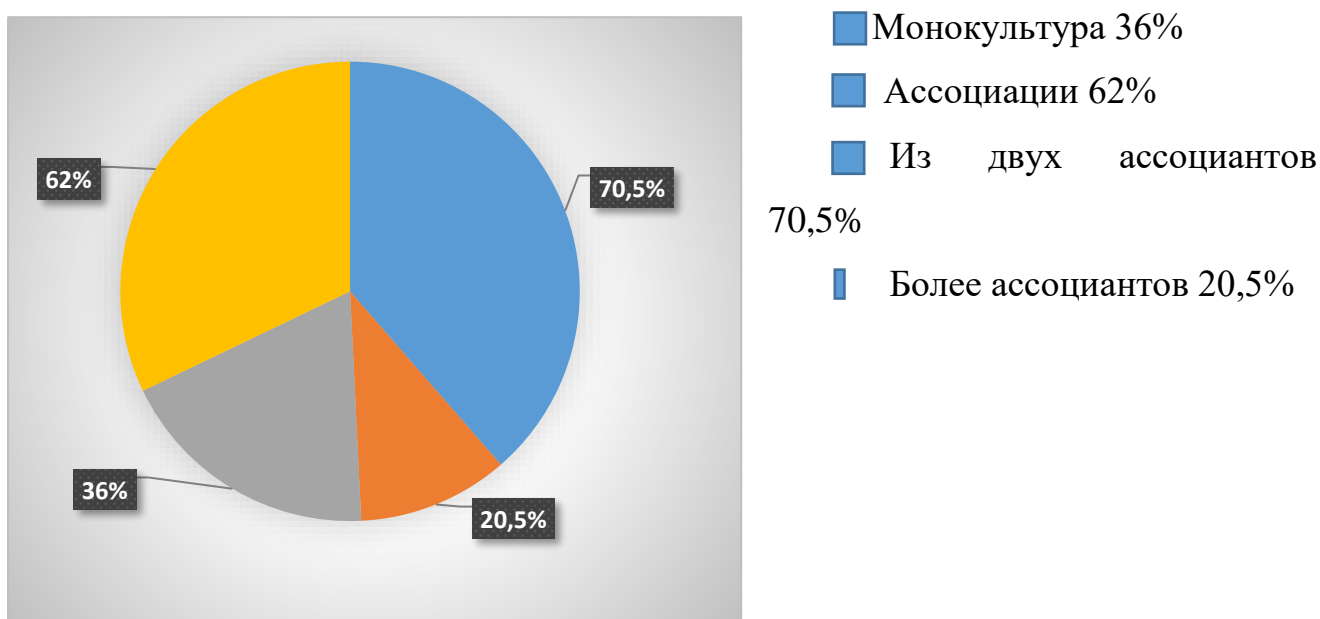


Рис № 29. Диаграмма высеваемой флоры

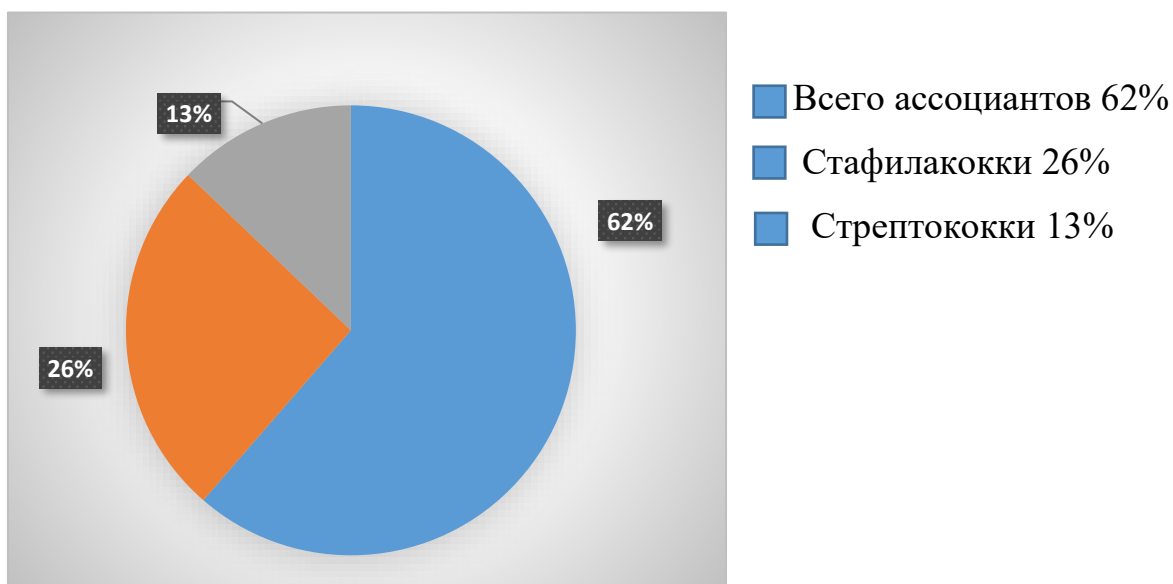


Рис №30. Структура возбудителей инфекции.

При гнойно-воспалительных заболеваниях челюстно-лицевой области в результате комплексного лечения достигается снижение количества эритроцитов в мазках периферической крови и изменение СОЭ в результате интоксикационных процессов, достигая нормальных показателей. Таким образом, одним из условий лечебного эффекта при флегмонах лица и шеи является срочное хирургическое вмешательство, широкое иссечение зоны инфильтрата и медикаментозная терапия, то есть местное лечение, основанное на применении патогенетического препарата «Альтразеаль».

Таким образом, сопоставляя показатели цитологического и морфологического исследований, исходя из степени раневого процесса, делается вывод о целесообразности применения Альтразеаля.

На основании результатов нашего исследования предложен алгоритм диагностики и лечения больных с одонтогенными флегмонами вследствие ожирения.

Алгоритм лечения-диагностики

1

- Определение общего и стоматологического состояния пациентов

2

- Определение уровня ожирения. Измерение индекса массы тела

3

- Определение микробиологического состояния раны после операции.
Бактериологический анализатор «ВИТЭК-2» (Франция)

4

- Определение показателей гнойно-воспалительного процесса по общим показателям крови.

5

- Использование в комплексном лечении препарата Глюкофаж для жирового обмена и перевязочного материала Альтразеал, оказывающего местное воздействие на рану.

Заключение

Флегмоны одонтогенного происхождения, представляя раздел гнойно-воспалительных заболеваний челюстно-лицевой области (ЧЛЮ), которые при несвоевременной госпитализации и неадекватной терапии, имеют осложнения опасные для жизни человека.

Неуклонно растёт число больных с осложненным течением флегмон лица и шеи, этот факт в свою очередь ведет к постоянному росту временной нетрудоспособности, а конечном итоге к смерти пациентов.

Сегодняшние формы острых ГВП лицевого скелета заставляют пересматривать назначения препаратов для медикаментозного лечения. Вопрос применения антибактериальных средств при данной патологии подразумевает использование комбинации препаратов, однако, затяжное течение приводит к длительному лечению комбинациями антибиотиков, что неизбежно ведёт к иммунодепрессии и образованию резистентности микробов.

При ОФ и абсцессах возбудителем являются стафилококки, на долю которых приходится 69 %. Известно, что условно-патогенные анаэробы обладают широкой вирулентностью, токсичностью, низкой устойчивостью к большинству лекарственных препаратов и микробной контаминацией.

Для настоящего времени характерна проблема бактериемии, являющейся ключевым фактором патогенеза инфекционного процесса [58, с. 101-111; 79, р.1869-74; 83, с. 295-309; 108, с.82-6], бактерии, циркулируя в кровотоке, не размножаются. Бактерицидные свойства сохраняются в крови, механизм уничтожения бактерий сопровождается интоксикационным процессом с выделением эндотоксинов. Любое нарушение целостности соединительной ткани может стать причиной бактериемии.

Известно, что бактериемия опубликовано по специальной литературе тщательная безопасность требуется при проведении в полости рта операций, настоятельно в заключении предоперационной подготовки больного, акцент

делается на наличие сопутствующих заболеваний и после лучевой, иммунодепрессивной, кортикостероидной терапии.

В лечебной тактике ВГЗ предложенный способ консервативного лечения доказал наиболее успешную методику, заключающуюся в комплексном применении повязок с проведением сразу дренирования раны и поверх раневой поверхности укладывание защитных повязок с противомикробными свойствами. Такая лечебная тактика эффективна в отношении микробной обсеменённости, предупреждает осложнение в виде нераспространения гнойной деятельности микробов на соседние фасции и пространства, прогнозирование вторичной инфекции.

На современном этапе медицины комплексный подход к терапии больных подразумевает радикальную хирургическую тактику на первичном очаге с тщательным оттоком всех подверженных инфекционно-воспалительному действию анатомических клетчаточных пространств ЧЛО.

Цель исследования: повышение эффективности комплексного лечения ОФ ЧЛО и предупреждение развития послеоперационных осложнений у больных с ожирением.

Для достижения цели 65 лиц с одонтогенной этиологией лицевой области были разделены на три основные groups.

I гр. (группа сравнения)-25 лиц с ОФ ЧЛО на фоне ожирения, пролеченных по традиционному стандарту.

II гр. (основная группа)-25 наблюдаемых с ОФ ЧЛО, сопровождающиеся ожирением по предложенной схеме

III гр. - 15 лиц с ОФ ЧЛО без фоновых заболеваний, пролеченных традиционным способом.

Возраст составил от 25 до 45 лет. Средний возраст составил $35.2 \pm 7,7$ года.

По классификации Евдокимова «Острые одонтогенные воспалительные заболевания» пациенты госпитализировались с

предварительным диагнозом «одонтогенная флегмона» с указанием локализации воспалительного процесса.

Обследуемыми были пациенты с гиперергией процесса, картиной течения флегмоны которого явились острое начало заболевания, глубокая степень ЭИ, признаки выраженного ВП и способность лейкоцитов связывать кислород,-зависимый обмен веществ, являющийся критерием выбора варианта реактивности организма (Воложин А.И., 1996).

65 человек обследовались современными методами диагностики: клинико-стоматологическими, лабораторными методами: исследование функциональной активности нейтрофилов, микробиологическими и цитологическими методами. Достоверность исследований была подтверждена статистической обработкой данных.

По виду местного лечения больные были разделены на три groups:

- 1- гр. - 25 обследуемых с ожирением (местно: традиционное лечение)
- 2- гр.- 25 наблюдаемых с ожирением (предложенный метод с «Altrazeal»ом)
- 3-гр.- 15 лиц с нормальным весом тела (местное традиционное лечение).

При изучении жалоб больных, учитывали их субъективные ощущения, таких как ухудшение общего самочувствия, усиление и распространение болевого симптома, выраженность функциональных изменений.

Anamnesis morbi подразумевал давность патологии, а именно время развития болевого симптома в месте «причинного» зуба, появления отечности в мягко-тканых пространствах, наличие провоцирующего фактора (переохлаждение организма, нелеченные зубы, перенесенные сопутствующие заболевания и др.), срок, прошедший от первых симптомов заболевания до стационара. Опрашивали была ли оказана квалифицированная стоматологическая помощь, назначено ли медикаментозное лечение или было осуществлено самолечение до госпитализации.

Абсолютным показанием для осуществления хирургического разреза и

введение резинового дренажа служили следующие критерии: напряжение тканей возле инфильтрата, флюктуация, припухлость, покраснение и термopовышение кожи. Вскрытие гнойного очага производили сразу на момент поступления в стационар.

Для лечения гнойной раны использовали следующие антисептические средства: 3% р-р H₂O₂, 0,05% раствор биглюконат хлоргексидина, стерильный фурацилин в разведении 1:5000. Затем осуществляли тщательную эвакуацию гнойных и промывных вод из нарушенной системы тканей, заканчивая хирургическое вмешательство установкой резинового выпускника.

После вскрытия флегмоны проводили микробиологическое исследование загрязненности раневой поверхности путем аспирации раневого отделяемого стерильным шприцем и брали пробы на микробиологическое исследование.

Предложенное лечение данной категории больных включало: Глюкофаж 500мг.в течение месяца, нанопокpытия на раневую поверхность.

Использование данных «красной крови» с целью прогнозирования осложнений является ценным критерием у пациентов с ГВЗ. Часто выявляется некоторый лейкоцитоз и повышение СОЭ, подъем ЛИИ и нейтрофильно-монопонуклеарный дисбаланс.

Характерным фактом у обследуемых с ОФ наблюдались соматические заболевания, особенно ожирение I и II ст., что сказывалось на усугублении патологии за счет снижения детоксицирующих органов.

МС вместе с ожирением больных было больше остальных заболеваний, составив 64 % в 1 группе и 68 % во 2 группе исследования, что соответствовало 16 и 17 человек соответственно, в 3 группе представителей с сопутствующими заболеваниями не было. Дистрофичных пациентов было в ГС и ОГ по 3 обследуемых (12 %), в КГ отсутствовали таковые.

МС совместно с дисбиозом кишечника из общего числа первой группы

были равны 16 процентам (4 обследуемых лиц), во 2 группе 3 лиц (12 %).

Подводя итог, следует отметить, что распределение больных в groups отмечено приблизительно равным по возрастно-половому признаку, локализации и распространённости воспаления, тяжести фоновых патологий, по этим параметрам groups можно считать однородно сопоставимыми.

В наблюдаемой группе пациентов с odontogenic phlegmon апробирован алгоритм комплексного лечения, в которой включены следующие этапы:

I этап-хирургическое вскрытие гнойного очага, медикаментозное лечение по стандартному протоколу+ назначение Глюкофажа;

II этап- завершение опорожнение раневой поверхности+ продолжение медикаментозного лечения+ прием Глюкофажа;

III этап-местные обработки раневой поверхности антисептическими растворами+ наложение раневых покрытий «Altrazeal».

Приведены клинические примеры б-ых на фоне ожирения, которым предпринимали предложенную консервативную терапию и стандартную терапию, затем сравнивались их эффективность, а также больным без фоновой патологии.

Заживление гнойных ран и достоверное уменьшение нагноений зафиксировано через $6,3 \pm 0,2$ дня в 1-й группе и $7,4 \pm 0,3$ дня во 2-й группе ($P < 0,01$). Обратное развитие инфильтрата произошло через $7,1 \pm 0,3$ и $8,0 \pm 0,3$ дня с момента госпитализации соответственно ($P < 0,05$). Продолжительность пребывания пациентов в стационаре составила $8,4 \pm 0,8$ дня в группе 1 и $8,8 \pm 0,7$ дня в группе 2 ($P > 0,05$).

У пациентов 2-й группы в общем анализе периферической крови индекс лейкоцитоза на момент поступления составил 13,0, что выше, чем у пациентов 1-й группы, однако к 5-м суткам индекс лейкоцитоза составил 8,93. У пациентов 1-й группы индекс лейкоцитоза был равен 11, а к 5-м суткам он составил 8,93.

В результате комплексного лечения процентное содержание

лимфоцитов и моноцитов нормализовалось при динамическом наблюдении со дня поступления. Однако, благополучной динамики к моменту выписки во 2-й группе не наблюдалось, данный показатель не нормализовался. Во 2-й группе данный показатель полностью нормализовался к концу лечения. У всех госпитализированных пациентов наблюдалась лимфопения.

Было показано, что данный метод лечения сокращает общие и местные клинические обследования пациента, а также улучшает заживление послеоперационных ран и тканей у пациента через 5 дней. Местное лечение ультратонким раневым перевязочным материалом на основе нанотехнологий ускоряет процесс очищения ран от гнойных масс, грануляции и эпителизация появляются раньше.

В основной группе больных, принимавших Глюкофаж с умеренной диетой калорийности и местными обработками защитными повязками нами наблюдался успешный клинический эффект. 18 наблюдаемых, что составило 70 % данной группы больных почувствовали заметные положительные сдвиги в динамике состояния организма спустя 2 часа вслед за приёмом препарата, а именно значительно меньше ощущался болевой признак, пациенты уже не жаловались на сон, улучшился аппетит, также их лабораторные параметры были схожи с 3-ей исследуемой группой.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Абдрашитова А. Б. и др. Экспертиза временной нетрудоспособности в стоматологических медицинских организациях при неodontогенных воспалительных заболеваниях челюстно-лицевой области //Вятский медицинский вестник. – 2019. – №. 2 (62). – С. 64-69.
2. Агарков Н. М., Макарян А. С., Гонтарева И. С. Совершенствование диагностики хронического пародонтита у детей //Инфекция и иммунитет. – 2020. – Т. 10. – №. 3. – С. 558-564.
3. Азимов А., Азимов И. Ультразвуковая остеометрия при острых одонтогенных воспалительных заболеваниях //Stomatologiya. – 2020. – №. 3 (80). – С. 38-42.
4. Амануллаев Р. А. и др. Современные аспекты комплексного лечения гнойно-воспалительных заболеваний челюстно-лицевой области //Интегративная стоматология и челюстно-лицевая хирургия. – 2022. – Т. 1. – №. 1. – С. 23-26.
5. Андрюшенкова Н. А., Локтева М. Э. Особенности заживления гнойных ран лица и шеи при использовании воздушно-плазменного потока //Вестник Смоленской государственной медицинской академии. – 2010. – №. 2. – С. 15-18.
- 6.Амиров, Н.Х. Эффективность витаминотерапии и иммуномодуляции в лечении одонтогенных и воспалительных заболеваний / Н.Х. Амиров, Л.Н. Мубаракова // Казанский медицинский журнал. – 2009. – Т.90, № 1. – С. 89-92.
- 7.Анализ бактериальных, гнойных, гнойно-воспалительных заболеваний челюстно-лицевой области: ретроспективное исследование / А.А. Таганиязова, М.К. Жанкулов, К.И. Ајенова [и др.] // Запад Казахстан Медицинский Журнал. – 2020. – Т. 62, № 2. – С. 176-184.
- 8.Архангельский, А.П. Рентгенология и стоматология. Менеджмент для врачей. - Москва, 2021. - 302 с.

9. Артошкевич, А.С. Одонтогенные абсцессы и флегмоны: клиника, диагностика, принципы лечения / А.С. Артошкевич // Экстренная медицина. – 2013. – № 1. – С. 50-63.
10. Основные данные периапикальной интратротоационной рентгенографии, конусно-лучевой и мультиспиральной компьютерной томографии больных с патологическими изменениями в челюстно-лицевой области и смежных анатомических областях / О.Я. Любашева, А.Д. Петрова, Я.А. Любашев [и др.] // Российские медицинские образовательные ресурсы эпохидной пандемии Covid -19. – 2021. – С. 23-27.
11. Базикян, Э.А. Одонтогенные воспалительные заболевания - просто о сложном / Э.А. Базикян, А.А. Это верно . – Москва: ГЭОТАР Медиа, 2017. – 160 с.
12. Балин, В.Н. Клиническая оперативная челюстно-лицевая хирургия / В.Н. Балин, Н.М. Александров. – СПб .: Спецлит, 2005. – 574 с.
13. Бейшеналиев, А.С. Иммунобиологические показатели при глубокой флегмоне шей / А.С. Бейшеналиев, Б.М. Нышанов // Вестник Ошского государственного университета. – 2018. – № 4. – С. 173-177.
14. Бондарева, Е.Н. Оценка миофункционального обучения и стабилизация уровня гигиены полости рта у подростков / - Белгород, 2017. - С. 44-48.
15. Вавилова Т.П. Результаты применения антимотоксических препаратов и комплексного лечения одонтогенных периоститов челюстей / Т.П. Вавилова, Ю.И. Чергештов, В.С. Шишкин // Клиническая стоматология. – 2016. – № 2. – С. 67-69.
16. Вернадский, Ю.И. Основы челюстно-лицевой хирургии и хирургической стоматологии / Ю.И. Вернадский. - М.: Медицинская литература, 2000. - 416 с.
17. Влияние вакуум-терапии на микрофлору ран у больных с одонтогенными флегмонами / В.А. Монаков, И.М. Байриков, В.П.

Решетникова, А.В. Иващенко. - Самара, 2016. - С. 163-168.

18. Влияние зубочелюстного тренинга на улучшение физиологических параметров полости рта / А.К. Салахов, С.С. Кемсбаев, Р.Ф. Байкеев, А.А. Халиуллина // Уральский медицинский журнал. – 2018. – № 6. – С. 30-34.

19. Гистологическое исследование в оценке эффективности местного лечения флегмоны поднечелюстной области липидо-коллоидными повязками с ионами головного мозга в сочетании с аутолитической тромбоцитарной плазмой / В.В. Дарвин, М.Н. Манойло, Э.А. Краснов [и др.] // Уральский медицинский журнал. – 2020. – № 1. – С. 98-100.

20. Грецких, Е.В. Применение дезинтоксикационной терапии в лечении острых и гнойно-воспалительных процессов челюстно-лицевой области / Е.В. Грецких, М.В. Сторожева, З.В. Золочевская // Украинский стоматологический альманах. – 2011. – № 6. С. 1-13.

21. Дрегалкана, А.А. Структура заболеваний челюстно-лицевой области среди жителей Свердловской области / А.А. Дрегалкана, И.Н. Костина // Проблемы стоматологии. – 2018. – Том. 14, № 2. – С. 68-73.

22. Диагностика и прогноз хирургического лечения больных с остеонекрозом и асептическим остеомиелитом челюсти / А.А. Слетов, Д.В. Михальченко, А.В. Жидовинов [и др.] // Крымский терапевтический журнал. – 2018. – № 1. – С. 73-77.

23. Галимов, Р.А. Клинико-морфологическое объяснение включения сорбента «Целоформ» в комплексное лечение больных одонтогенными флегмонами: Дисс. сахар. мед п аук: 14.01.14 / Галимов Ренат Азатович. — Казань, 2012.—124 с.

24. Дренажные системы и способы дренирования бегали у больных с пусыно-воспалительными процессами полости рта / Д.Д. Хушвахтов, М.Ш. Мирзоев, Д.И. Хушвахтов, С.А. Сафаров // Вестник Академии медицинских наук Таджикистана. – 2019. – Том. 9, № 3. – С. 321-328.

25. Евдокимов, А.И. Руководство по хирургической стоматологии / А.И.

Евдокимов. - М.: Медицина, 2016. - 482 с.

26.Ешиева, А.А. Статистика воспалительных заболеваний челюстно-лицевой области в Ошской межобластной объединенной клинической больнице города Ош / А.А. Ешиева, Г.В. Белов, А.М. Ешиев // Наука, образование и культура. – 2018. – № 10. – С. 51-54.

27.Стоматологическая подготовка и практическая индивидуальная гигиена у детей / М.В. Яковлева, С.С. Ксембаев, И.Н. Мусин, А.К. Салахов. - Казань, 2019. - 140 с.

28.Зубочелюстной подготовки в стоматологической практике / А.А. Халиуллина, С.С. Ксембаев, И.Н. Мусин, А.К. Салахов. - Казань, 2020. - 142 с.

29.Изучение факторов, влияющих на распространенность острого одонтогенного остеомиелита среди жителей промышленного города Запорожье / Н.Г. Баранник, С.Д. Варжапетян, И.В. Куропата [и др.] // Актуальные вопросы фармации и медицины: наука и практика. – 2014. – № 2. – С. 81–84.

30.Иорданишвили, А.К. Патогенетические аспекты развития очаговообусловленных заболеваний / А.К. Иорданишвили, Т.Г. Робустова, Э.Х. Баринов // Здоровоохранение Югры: опыт и инновации. – 2021. – № 3. – С. 73-77.

31.Иорданишвили, А.К. Тяжелое ослабление при повторном эндодонтическом лечении зубов / А.К. Иорданишвили, Э.Х. Баринов, А.Е. Мальцев // Вятский медицинский вестник. – 2022. – № 2. – С. 102-105.

32.Кабанова, А.А. Возбудители одонтогенных и неодонтогенных воспалительных заболеваний челюстно-лицевой области / А.А. Кабанова, А.И. Гончарова, В.К. Окулич // Стоматолог. Минск. – 2020. – № 4. – С. 30-34.

33.Кабанова, А.А. Комплексное лечение острого одонтогенного

- остеомиелита человека, ослабленной флегмоной прилежащих клетчаточных пространств / А.А. Кабанова, И.О. Походенко-Чудакова // Современная стоматология. – 2019. – № 2. – С. 52-56.
- 34.Каюмова, Н.Н. Особенности местного иммунитета полости рта у больных одонтогенным воспалительным заболеванием челюстно-лицевой области / Н.Н. Каюмова, А.А. Ходжиметов, Ш.М. Хасанов // Стоматология вчера, сегодня, завтра: сборник научных трудов юбилейной научно-практической конференции с международной округой, посвященной 60-летию стоматологического факультета. – Минск, 2020. – С. 211-215.
- 35.Ковалева, Н.С. Гнойно-воспалительные заболевания челюстно-лицевой области: аспекты клинической, микробиологической, фармакотерапии / Н.С. Ковалева, А.П. Зузова // Фарматека. – 2011. – № 18. – С. 34-38.
- 36.Козлов, В.А. Особенности диагностики одонтогенного медиастинита, затрудненные механизмы его развития / В.А. Козлов, О.А. Егорова // Вестник Северо-Западного государственного медицинского университета им. И.И. Мечникова. – 2018. – Том. 10, нет. 4. – С. 43-48.
- 37.Мухамедова Ш., Холмуродов Ж., Жураев Б. Особенности фоновой патологии у больных с воспалительные заболевания лица и шеи //Актуальные вопросы хирургической стоматологии и дентальной имплантологии. – 2022. – Т. 1. – №. 1. – С. 59-59.
- 38.Косинец, А.Н. Антибактериальная терапия и гнойная хирургия: руководство / А.Н. Косинец, В.К. Окулич, В.П. Булавкин. – Витебск: ВГМУ, 2002. – 600 с.
- 39.Ксембаев, С.С. Стоматологический трейнер «Дентафит» — инновация для улучшения здоровья зубов / С.С. Ксембаев, И.Н. Мусин, А.К. Салахов // Уральский медицинский журнал. – 2018. – № 6. – С. 59-61.
- 40.Ксембаев, С.С. Острые одонтогенные воспалительные заболевания челюстей. Диагностика и лечение ангио- и остеогенных нарушений / С.С. Ксембаев, И.Г. Ямашев. – Москва: МЕДпресс-информ, 2006. – 218 с.

41. Ксембаев, С.С. Этиопатогенетические аспекты острова одонтогенной инфекции / С.С. Ксембаев, О.Е. Торгашова, Е.Е. Нестерова // Проблемы стоматологии. - № 2. – 2021. - С. С. 43-46.
42. Ксембаев, С.С. Эффективность раннего покрытия из порошковой хлопковой целлюлозы / С.С. Ксембаев, О.В. Нестеров, Л.Н. Хафизова // Казанский медицинский журнал. – 2021. – Том. 102, нет. 1. – С. 12-18.
43. Луцевич О.Е. Современный взгляд на патофизиологию и лечение гоневых ран / О.Е. Луцевич, О.Б. Тамразова, А.Ю. Шикунова и др. // Операция. Журнал имени Н.И. Пирогов. – № 5. – 2011. – С.72-77.
44. Математическое прогнозирование развития флегмоны при остром одонтогенном остеомиелите человека по показателям крови и системного иммунитета / Н.М. Агарков, С.Н. Гонтарев, В.А. Зеленский [и др.] // Медицинский вестник Северного Кавказа. – 2018. – Том. 13, № 1. – С. 62-65.
45. Мельчукова, З.А. Опыт использования стоматологического тренажера «Дентафит» у детей с нарушениями слуха и речи / З.А. Мельчукова // Современные достижения стоматологии: сборник Всероссийской научно-практической конференции с международным участием, «Комплексный подход к лечению патологии зубочелюстной системы». – Киров, 2018. – С. 75-78.
46. Миранович, С.И. Особенности антибактериальной терапии при лечении флегмоны хилустно-лицевой области / С.И. Миранович, Е.В. Петровский // Современная стоматология. – 2013. – № 1. – С. 84-86.
47. Моделирование уровня гидродинамического эффекта, возникающего при гнатодинамотренинге / И.Н. Мусин, А.В. Клинов, С.С. Ксембаев [и др.] // Вестник Технологического университета. – 2018. – Том. 21, № 9. – С. 128-131.
48. Монаков, В.А. Особенности микробиологической картины ран у больных с одонтогенными флегмонами челюстно-лицевой области при

- использовании вакуум-терапии / В.А. Монаков, А.В. Иващенко, В.П. Решетникова // Клиническая стоматология. – 2014. – № 1. – С. 46-51.
49. Мубаракова, Л.Н. Диагностика и комплексное лечение больных с одонтогенными аденофлегмонами / Л. Н. Мубаракова // Стоматология. - 2008. - Т. 87, № 4. - С. 55-56.
50. Нестерова, Е.Е. Состояние эндогенной интоксикации у больных острым одонтогенным остеомиелитом, ослабленными флегмонами – 2006. – Т. 8, № 12. – С. 556.
51. Олифирова, О.С. Антиоксиданты и комплексном лечении гонимонкротических ран / О.С. Олифирова, А.А. Козка // Дальневосточный медицинский журнал. – 2015. – № 2. – С. 21-23.
52. Опыт применения аппарата для неинвазивного облучения крови ультрафиолетовым излучением «ЭКОСОВЕТ-1» в комплексном лечении воспалительных заболеваний мягких тканей / П.С. Маркевич, А.В. Алехнович, А.М. Кисленко, А.А. Есипов // Военно-медицинский журнал. – 2019. – Том. 340, № 7. – С. 80–81.
53. И.А. Боев, А.П. Годовалов, Г.И. Штраубе, Г.И. Антаков // Пермский медицинский журнал. – 2019. – Том. 36, № 2. – С. 29-35.
54. Оценка эффективности применения КВЧ и сочетанного КВЧ- лазерного воздействия в комплексном лечении пациентов с гинекологическими заболеваниями хиллостно-лицевой области / И.Л. Вагина, Н.М. Хельминская, И.С. Истомина [и др.] // Русский медицинский журнал. – 2014. – № 2. – С. 23-26.
55. Панин, А.М. Хирургическая стоматология и челюстно-лицевая хирургия / А.М. Панин, В.В. Афанасьев. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014. - С. 30-41.
56. Патент на полезную модель №174592 У1 РФ, МПК А61С 7/00. Устройство для коррекции миофункциональных нарушений: № 2017109244: заявл. 20.03.2017: опубликовано. 23.10.2017 / Хамитова Н.Х., Игнатьева Л.А.; заявитель ГБОУ ВПО «Казанский государственный

медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации.

57. Причины возникновения пародонтита / В.В. Зорина, В.А. Ананьева, А.А. Ширшикова [и др.] // Международный студенческий научный вестник. – 2018. – № 1. – С. 13-23.

58. Рахимов, З.К. Эффективность комплексного лечения страсов одонтогенных воспалительных заболеваний челюстно-лицевой области / З.К. Рахимов, Ж.К. Махмудов, Ш.К. Пулатова // Биология и интегративная медицина. – 2019. – № 3. – С. 101-111.

59. Рациональная фармакотерапия в стоматологии: руководство для практикующих врачей / Г.М. Барер, Э.В. Зорян, В.С. Агапов [и др.]. - М.: Литтерра, 2006. - 568 с.

60. Реабилитация больных после операций в области нижней челюсти / Н.Е. Митин, М.Д. Абдыркин, Э.И. Абдыркина, Л.А. Китаева // Медико-фармацевтический журнал «Пульс». – 2018. – Том. 20, № 2. – С. 60-64.

61. Рентгено-радионуклидные исследования у больных хроническим остеомиелитом / В.И. Шевцов, А.И. Лапынин, Т.А. Ларионова, Л.А. Смотрива // Травматология и ортопедия России. – 2007. – № 4. – С. 34-37.

62. Рузин, Г.П. Клинико-морфологические параллели в развитии воспалительной контрактуры челюстно-лицевой области / Г.П. Рузин, И.В. Сорокина, О.А. Свидло // Украинский стоматологический альманах. - 2009. - № 2. - С.12-24.

63. Рычагов, Г.П. Патогенез раневого процесса / Г.П. Рычагов, В.А. Гинюк // Хирургия. Восточная Европа.— 2013.— Нет. 3.—С.133-140.

64. Соловьев, М.М. Абсцесс, флегмония головы и шей / М.М. Соловьев, О.П. Большаков. – М.: Изд-во «Медпресс», 2001. – 230 с.

65. Состояние и перспективы развития проекта «Зубочелюстной тренировки» / С.С. Ксембаев, А.В. Шулаев, И.Н. Мусин [и др.] //

Здоровье человека в XXI веке. Качество жизни: с борником научных статей.
- Казань, 2021. - С. 33-38.

66. Статистический анализ гнойно-воспалительных заболеваний челюстно-лицевой области / А.Е. Маркаров, Д.А. Еремин, А.И. Оразвалиев [и др.] // Лекарственный алфавит. – 2022. – № 7. – С. 40-46.

67. Тесевич, Л.И. Топографо-анатомические векторы и частота распространения одонтогенных остеофлегмон дна полости рта / Л.И. Тесевич, Н.Н. Черченко // Современная стоматология. – 2014. – № 2. – С. 71-74.

68. Фагоцитарная активность нейтрофилов у больных острой одонтогенной остеомиелитомой / А.М. Настуева, З.Ф. Хараева, М.Ш. Мустафаев, О.М. Гендугова // Фундаментальные исследования. – 2014. – № 10. – С. 1375-1377.

69. Ахмед З., Нурай Р., Холмс С. К системе классификации сложных краниофациальных переломов // Br J Oral Maxillofac Surg. 2018 сен ;50 (6):490-4.

70. Бреганьоло Л.А., Бертелли П.Ф., Рибейро М.К., Сверзут К.Э., Тривеллато А.Е. Оценка *in vitro* резистентности титановых и рассасывающихся (поли-L-DL-молочная кислота) систем фиксации при переломе угла нижней челюсти. Int // Журнал челюстно-лицевой хирургии. 8 ноября 2017 г.

71. Карвалью Т.Б., Кансиан Л.Р., Маркес К.Г., Пиатто В.Б., Манилья Дж.В., Молина Ф.Д. Шесть лет лечения травм лица: эпидемиологический анализ 355 случаев. Браз // Ж Оториноларингол. 2015 Октябрь ;76 (5):565-74.

72. Перри М. Челюстно-лицевая травма — разработки, инновации и противоречия. // Травма. 2019 Дек ;40 (12):1252-9.

73. Пульюла Й., Цигнелль Х., Мякинен Э., Туомиваара В., Карттунен В., Карттунен А., Хиллбом М. Диагноз легкой черепно-мозговой травмы часто остается неучтенным у лиц с краниофациальными переломами. // Травма. 2012 Декабрь ;43 (12):2100

74. Раджендра П.Б., Мэтью Т.П., Агравал А., Сабхаравал Г. Характеристики сочетанной черепно-лицевой травмы у пациентов с травмами головы: опыт 100 случаев. // *J Emerg Травматический шок*. 2019 Май ;2 (2):89-94.
75. Робертс К.С. и др. Ортопедия контроля повреждений: развитие концепций лечения пациентов, перенесших ортопедическую травму // *Instr Course Lect.* - 2015 .- Vol. 54 .- С. 447-462.,
76. Робинсон СМ, Пейдж RS. Ортодонтическое лечение перелома Le For II и срединного нёба // *Br dent J*. 2017, 23 июня; 202(12): 739-40.
77. Рокки Дж., Фадда М.Т., Марианетти Т.М., Реале Дж., Ианнетти Дж. Черепно-лицевые травмы у подростков: частота, этиология и профилактика. // *Журнал травматологии*. 2017 февр. ;62 (2):404-9.
78. Сайпур Д., Мессо Э., Хедлунд А.Дж., Новински Дж.Д. Рентгенологические и долгосрочные клинические результаты лечения изолированных разрывных переломов медиальной стенки глазницы. // *J Craniofac Surg*. 2012 Сен ;23 (5):1252-5.
79. Сайфул М.Н., Азми А., Саффари М.Н. Количественный анализ дефекта нижней стенки глазницы после восстановления перелома скуловой кости // *J. Oral. Челюстно-лицевая. Хирургия*. – 2018, сентябрь; 66(9): 1869 -74.
80. Шон Р., Мецгер М.С., Вейер Н., Факлер О. Микропластинчатый остеосинтез переломов нижней стенки глазницы // *Вр. Дж. Орал. Челюстно-лицевая. Хирургия*. – 2017, март; 45(2): 165.
81. Seider N, Gilboa M, Miller B, Nadar RS, Beiran I. Переломы орбиты, осложненные поздним энофтальмом: более высокая распространенность у пациентов с множественной травмой // *Ophthal Plast Reconstr Surg*. – 2017, март-апрель; 23(2): 115-8.
82. Сиримахарадж В., Пьюнгтанасуп К. Эпидемиология переломов нижней челюсти, леченных в университетской больнице Чиангмая: обзор 198 случаев. // *J Med Assoc Thai*. 2018 Шерсть ;91 (6):868-74.

83. Сан Дж. К., Лемей Д. Р. Визуализация травмы лица // Нейровизуализация Clin.N.Am – 2012. - № 12(2). – P.295 -309
84. Тонини М, Крайник А, Бессу П, Лефурнье В, Бубагра К, Шике С, Ле Бас ЖФ. Как спиральная КТ помогает хирургу при окулоорбитальной травме. //Ж Нейрорадиол. 2019 Октябрь ;36 (4):185-98.
85. Тунцер Ой, Явузер Р, Наручники С, Железо ЙХ, Озмен С, Латифоглу Ой, Атабай К. // Реконструкция травматических переломов нижней стенки глазницы с использованием рассасывающейся сетчатой пластины. // Журнал черепно-лицевой хирургии. – 2011, ноябрь; 12(6): 603-7.
86. Васильев Алу, Лежнев Д.А. Синдромный подход в лучевой диагностике повреждений челюстно-лицевой области // Вестник рентгенологии-радиологии – 2017, май-июнь; (3): 15-20.
87. Вуд ГА, Кэмпбелл ДФ, Грин ЛЭ. Трансмукозальная фиксация переломов угла нижней челюсти. // Челюстно-лицевая хирургия. 2015 Май ;63 (5):655-6
88. Хамитова Ф. А., Ядгарова Г. С. Применение обогащенной тромбоцитами аутоплазмы при лечении одонтогенной инфекции у больных сахарным диабетом // Концепции современного образования: системные изменения и перспективные направления развития. – 2020. – С. 285-288.
89. Харитонов Д. Ю., Володин А. И., Дремалов Б. М. Оптимизация дифференциальной диагностики острых лимфаденитов челюстно-лицевой области у детей // Детская хирургия. – 2012. – №. 1. – С. 17-19.
90. Химич И. В. и др. Качество жизни и клинические показатели больных фурункулом лица на фоне антиоксидантной терапии // Волгоградский научно-медицинский журнал. – 2012. – №. 3. – С. 40-43.
91. Ходжибекова Ю., Шодмонова Ч., Каримова С. Мультиспиральная компьютерная томография острых воспалительных заболеваний мягких тканей лица и шеи // Актуальные проблемы стоматологии и челюстно-лицевой хирургии . – 2021. – Т. 1. – №. 01. – С. 124-125.

92. Холмурадов Ж. Р., Холиков А. А., Фаттаева Д. Р. Методы обследования больных с флегмонами челюстнолицевой области // Central Asian Research Journal for Interdisciplinary Studies (CARJIS). – 2022. – Т. 2. – №. 12. – С. 97-101.
93. Челпан Л. Л., Прохоров Е. В. Стрептококковая инфекция: вопросы патогенеза, роль в формировании соматической патологии у детей // Актуальная инфектология. – 2014. – №. 2 (3). – С. 80-83.
94. Чуйкин С.В. и др. Местное лечение гнойных ран при гнойно-воспалительных заболеваниях челюстно-лицевой области у детей // Проблемы стоматологии. 2019. №1. - С.99-103.
95. Чурюкина Э. В., Кудлай Д. А. Кожные проявления первичных иммунодефицитных состояний // РМЖ. Медицинское обозрение. – 2022. – Т. 6. – №. 2. – С. 98-104.
96. Шабловская Т. А., Панченков Д. Н. Современные подходы к комплексному лечению гнойно-некротических заболеваний мягких тканей // Вестник экспериментальной и клинической хирургии. – 2013. – Т. 6. – №. 4. – С. 498.
97. Шаева Р. Г. Динамика состояния пациентов с воспалительными заболеваниями челюстно-лицевой области бухарского региона // Barqarorlik va yetakchi tadqiqotlar onlayn ilmiy jurnali. – 2022. – Т. 2. – №. 12. – С. 747-751.
98. Шаропов С. Г., Иноятов А. Ш. Содержание ИЛ-18 и МСР-1 у детей с врожденной расщелиной верхней губы и неба // Российский иммунологический журнал. – 2019. – Т. 13. – №. 2-1. – С. 647-649.
99. Штраубе, Г.И. Некоторые клиничко-эпидемиологические аспекты флегмон челюстно-лицевой области / Г.И. Штраубе, И.А. Боев, А.П. Годовалов, Г.И. Антаков // Российский стоматологический журнал. – 2017. – Т. 21. – № 5. – С. 241–244.
100. Шомуродов К., Сохибов О., Реймназарова Г. Цитологическая характеристика эффективности местного лечения одонтогенных флегмон челюстно-лицевой области у детей при использовании нано покрытий // Stomatologiya. – 2022. – Т. 1. – №. 2-3. – С. 58-61.

101. Эшбадалов Х. и др. Применение фаргалса и иммунокта в комплексном лечении острых одонтогенных гнойно-воспалительных заболеваний челюстно-лицевой области // *Stomatologiya*. – 2020. – №. 2 (79). – С. 43-45.
102. Эшонкулов Ш. Б. и др. Оценка эффективности дуплексного ультразвукового исследования при определении дальнейшей тактики лечения воспалительных заболеваний мягких тканей челюстно-лицевой области у детей раннего возраста // *Интегративная стоматология и челюстно-лицевая хирургия*. – 2022. – Т. 1. – №. 2. – С. 228-233.
103. Ядгарова Г. С. Гнойно-воспалительные заболевания челюстно-лицевой области и оптимальные методы их лечения // *Journal of innovations in scientific and educational research*. – 2023. – Т. 6. – №. 5. – С. 800-804.
104. Adeosun P.O., Fatusi O.A., Adedeji T.A. Assessment of Severity of Illness and Monitoring Response to Treatment of Odontogenic Space Infection Using Serum Prealbumin. // *J. Maxillofac. Oral Surg*. 2019;18:106–111.
105. Akinbami BO, Akadiri O, Gbujie DC. Spread of odontogenic infections in Port Harcourt, Nigeria. // *J Oral Maxillofac Surg*. 2010 Oct;68(10):2472-7.
106. Alba-Patiño A., Russell S.M., Borges M., Pazos-Pérez N., Álvarez-Puebla R.A., de La Rica R. Nanoparticle-based mobile biosensors for the rapid detection of sepsis biomarkers in whole blood. // *Nanoscale Adv*. 2020;2:1253–1260.
107. Aminzadeh Z., Parsa E. Relationship between Age and Peripheral White Blood Cell Count in Patients with Sepsis. // *Int. J. Prev. Med*. 2011;2:238–242.
108. Avetikov DS, Cuong VV, Stavickij SO, Yacenko IV, Lokes KP The role of antihypoxants and antioxidant in treatment of odontogenic of maxillofacial area]. // *Lik Sprava*. 2014 Dec;(12):82-6.
109. Bagul R., Chandan S., Sane V.D., Patil S., Yadav D. Comparative Evaluation of C-Reactive Protein and WBC Count in Fascial Space Infections of Odontogenic Origin. *J. Maxillofac. Oral Surg*. 2017;16:238–242.
110. Bali R.K., Sharma P., Gaba S., Kaur A., Ghanghas P. A review of complications of odontogenic infections. // *Natl. J. Maxillofac. Surg*. 2015;6:136–143.

111. Baumhoer D, Haefliger S, Ameline BOssifying Fibroma of Non-odontogenic Origin: A Fibro-osseous Lesion in the Craniofacial Skeleton to be (Re-)considered. //Head Neck Pathol. 2022 Mar;16(1):257-267.
112. Bègue L., Schlund M., Raoul G., Ferri J., Lauwers L., Nicot R. Biological factors predicting the length of hospital stay in odontogenic cellulitis. //J. Stomatol. Oral Maxillofac. Surg. 2022;123:303–308.
113. Biasotto M., Pellis T., Cadenaro M., Bevilacqua L., Berlot G., Di Lenarda R. Odontogenic infections and descending necrotising mediastinitis: Case report and review of the literature. //Int. Dent. J. 2004;54:97–102.
114. Bilodeau EA, Hunter KD. Odontogenic and Developmental Oral Lesions in Pediatric Patients. //Head Neck Pathol. 2021 Mar;15(1):71-84.
115. Claiborne MK, Ng C, Breslin KA, Chamberlain J, Thomas-Mohtat R. The effect of point-of-care ultrasound on length of stay in the emergency department in children with neck swelling. //Am J Emerg Med. 2021 Oct;48:295-300.
116. Cunningham L.L., Jr., Madsen M.J., Van Sickels J.E. Using prealbumin as an inflammatory marker for patients with deep space infections of odontogenic origin. //J. Oral Maxillofac. Surg. 2006;64:375–378.
117. da Fonseca M.A., Nelson T. The use of general anesthesia in behavior management. In: Wright G.Z., Kupietzky A., editors. Behavior Management in Dentistry for Children. 2nd ed. John Wiley & Sons; Chichester, UK: 2014. pp. 185–195.
118. Dogruel F., Gonen Z.B., Gunay-Canpolat D., Zararsiz G., Alkan A. The Neutrophil-to-Lymphocyte ratio as a marker of recovery status in patients with severe dental infection. //Med. Oral Patol. Oral Cir. Bucal. 2017;22:440–445.
119. Doll C, Carl F, Neumann K, Voss JO, Hartwig S, Waluga R, Heiland M, Raguse JD. Odontogenic Abscess-Related Emergency Hospital Admissions: A Retrospective Data Analysis of 120 Children and Young People Requiring Surgical Drainage. //Biomed Res Int. 2018 Aug 26;2018:3504727

- 120.Doll C., Carl F., Neumann K., Voss J.O. Odontogenic Abscess-Related Emergency Hospital Admissions: A Retrospective Data Analysis of 120 Children and Young People Requiring Surgical Drainage. //Biomed. Res. Int. 2018;2018:3504727.
- 121.Durnovo EA, Vysel'tseva IuV, Mishina NV, Khomutinnikova NE, Oleneva IuV, Katkova IuO, Ashkinazi VI. [Clinical immunological peculiarities of complicated course of odontogenic phlegmons of maxillofacial region]. //Stomatologiya (Mosk). 2010;89(2):29-31
- 122.Evans D.C., Corkins M.R., Malone A., Miller S., Mogensen K.M., Guenter P., Jensen G.L., the ASPEN Malnutrition Committee The Use of Visceral Proteins as Nutrition Markers: An ASPEN Position Paper. //Nutr. Clin. Pract. 2021;36:22–28.
- 123.Gallagher N., Collyer J., Bowe C.M. Neutrophil to lymphocyte ratio as a prognostic marker of deep neck space infections secondary to odontogenic infection. //Br. J. Oral Maxillofac. Surg. 2021;59:228–232.
- 124.Giunta Crescente C, Soto de Facchin M, Acevedo Rodríguez AM. Medical-dental considerations in the care of children with facial cellulitis of odontogenic origin. A disease of interest for pediatricians and pediatric dentists. //Arch Argent Pediatr. 2018 Aug 1;116(4):e548-e553.
- 125.Giunta Crescente C, Soto de Facchin M, Acevedo Rodríguez AM. Medical-dental considerations in the care of children with facial cellulitis of odontogenic origin. A disease of interest for pediatricians and pediatric dentists. //Arch Argent Pediatr. 2018 Aug 1;116(4):e548-e553.
- 126.Giunta Crescente C., Soto de Facchin M., Acevedo Rodríguez A.M. Medical-dental considerations in the care of children with facial cellulitis of odontogenic origin. A disease of interest for pediatricians and pediatric dentists. //Arch. Argent Pediatr. 2018;116:548–553.
- 127.Gonzalez L.P., Pignaton W., Kusano P.S., Módolo N.S., Braz J.R., Braz L.G. Anesthesia-related mortality in pediatric patients: A systematic review. //Clinics. 2012;67:381–387.

- 128.Han SM, Chae HS, Lee HN, Jeon HJ, Bong JP, Kim JH. Computed tomography-guided navigation assisted drainage for inaccessible deep neck abscess: A case report. *Medicine (Baltimore)*. 2019 Mar;98(10):e14674.
- 129.Han X., An J., Zhang Y., Gong X., He Y. Risk Factors for Life-Threatening Complications of Maxillofacial Space Infection. //*J. Craniofac. Surg.* 2016;27:385–390.
- 130.Hao Z., Pan Y., Shao W., Lin Q., Zhao X. Graphene-based fully integrated portable nanosensing system for on-line detection of cytokine biomarkers in saliva. //*Biosens. Bioelectron.* 2019;134:16–23.
- 131.Heim N., Wiedemeyer V., Reich R.H., Martini M. The role of C-reactive protein and white blood cell count in the prediction of length of stay in hospital and severity of odontogenic abscess. //*J. Craniomaxillofac. Surg.* 2018; 46:2220–2226.
- 132.Huang Z., Fu Z., Huang W., Huang K. Prognostic value of neutrophil-to-lymphocyte ratio in sepsis: A meta-analysis. //*Am. J. Emerg. Med.* 2020;38:641–647.
- 133.Jamaludeen N, Lehmann J, Beyer C, Vogel K, Pierau M, Brunner-Weinzierl M, Spiliopoulou M. Assessment of Immune Status Using Inexpensive Cytokines: A Literature Review and Learning Approaches. *Sensors (Basel)*. 2022 Dec 13;22(24):9785
- 134.Johnson E.D., Schell J.C., Rodgers G.M. The D-dimer assay. //*Am. J. Hematol.* 2019;94:833–839.
- 135.Kaur A., Sandhu A., Kaur T., Bhullar R.S., Dhawan A., Kaur J. Correlation Between Clinical Course and Biochemical Analysis in Odontogenic Space Infections. //*J. Maxillofac. Oral Surg.* 2019;18:203–209.
- 136.Kolokythas A, Karas M, Sarna T, Flick W, Miloro M. Does cytokine profiling of aspirate from jaw cysts and tumors have a role in diagnosis? //*J Oral Maxillofac Surg.* 2012 May;70(5):1070-80.

- 137.Lim SW, Lee WS, Mani SA, Kadir K. Management of odontogenic infection in paediatric patients: a retrospective clinical study. //Eur Arch Paediatr Dent. 2020 Feb;21(1):145-154.
- 138.Lin MJ, Neuman M, Rempell R, Monuteaux M, Levy J. Point-of-Care Ultrasound is Associated With Decreased Length of Stay in Children Presenting to the Emergency Department With Soft Tissue Infection.// J Emerg Med. 2018 Jan;54(1):96-101.
- 139.Lin Y.T., Lu P.W. Retrospective study of pediatric facial cellulitis of odontogenic origin. //Pediatr. Infect. Dis. J. 2006;25:339–342.
- 140.Michael JA, Hibbert SA. Presentation and management of facial swellings of odontogenic origin in children.// Eur Arch Paediatr Dent. 2014 Aug;15(4):259-68.
- 141.Mücke T, Dujka N, Ermer MA, Wolff KD, Kesting M, Mitchell DA, Ritschl L, Deppe H. The value of early intraoral incisions in patients with perimandibular odontogenic maxillofacial abscesses. //J Craniomaxillofac Surg. 2015 Mar;43(2):220-3.
- 142.Nair P.N. Pathogenesis of apical periodontitis and the causes of endodontic failures. Crit. Rev. //Oral Biol. Med. 2004;15:348–381.
- 143.Okoje VN, Omeje KU, Okafor E, Oro-facial fascial space infection in a paediatric gambian population: a review of 93 cases. //J West Afr Coll Surg. 2018 Oct-Dec;8(4):1-23.
- 144.Orzechowska-Wylęgała B., Wylęgała A., Buliński M., Niedzielska I., Madej A. Pharmacoeconomic analysis of antibiotic therapy in maxillofacial surgery. //BDJ Open. 2017; 3:17002.
- 145.Pepys M.B., Booth S.E., Tennent G.A., Butler P.J., Williams D.G. Binding of pentraxins to different nuclear structures: C-reactive protein binds to small nuclear ribonucleoprotein particles, serum amyloid P component binds to chromatin and nucleoli. //Clin. Exp. Immunol. 1994; 97:152–157.
- 146.Perina V., Szaraz D., Harazim H., Urik M., Klabusayova E. Paediatric Deep Neck Infection-The Risk of Needing Intensive Care // Children. 2022; 9:979.

147. Peters E.S., Fong B., Wormuth D.W., Sonis S.T. Risk factors affecting hospital length of stay in patients with odontogenic maxillofacial infections// J. Oral Maxillofac. Surg.; 54:1386–1392.
148. Punj S., Sidhu D., Bhattacharya D., Wang M., Wong P.K. An Electrochemical Biosensor Platform for Rapid Immunoanalysis of Physiological Fluids. IEEE Open //J. Nanotechnol. 2020; 1:31–37.
149. Raghani MJ, Raghani N. Bilateral deep neck space infection in pediatric patients: review of literature and report of a case. //J Indian Soc Pedod Prev Dent. 2015 Jan-Mar;33(1):61-5
150. Ramseier C.A., Kinney J.S., Herr A. Identification of pathogen and host-response markers correlated with periodontal disease. //J. Periodontol. 2009; 80:436–446.
151. Ren Y.F., Malmstrom H.S. Rapid quantitative determination of C-reactive protein at chair side in dental emergency patients. //Oral Surg. Oral Med. Oral Pathol. Oral Radiol. Endod. 2007; 104:49–55.
152. Sánchez-Siles M., Rosa-Salazar V., Salazar-Sánchez N., Camacho-Alonso F. Periodontal disease as a risk factor of recurrence of venous thromboembolic disease: A prospective study. //Acta Odontol. Scand. 2015; 73:8–13.
153. Segura-Egea JJ, Gould K, Sen BH, et al. European Society of Endodontology position statement: the use of antibiotics in endodontics. //Int Endod J. 2018; 51.- P. 20–5.

На основании результатов настоящего исследования нами получено
свидетельство на электронную программу DGU № 31569

ELEKTRON HISOBLASH MASHINALARI UCHUN YARATILGAN
DASTURNING RASMIY RO'YXATDAN O'TKAZILGANLIGI TO'G'RISIDAGI

GUVOHNOMA

O'ZBEKISTON RESPUBLIKASI ADLIYA VAZIRLIGI

№ DGU 31569

Ushbu guvohnoma O'zbekiston Respublikasining "ELEKTRON HISOBLASH MASHINALARI UCHUN YARATILGAN DASTURLAR VA MA'LUMOTLAR BAZALARINING HUQUQIY HIMOYASI TO'G'RISIDA"gi Qonuniga asosan quyidagi elektron hisoblash mashinalari uchun yaratilgan dasturga berildi

Совершенствование лечебной тактики одонтогенных флегмон у больных с ожирением
(DASTUR NOMI)

Talabnoma kelib tushgan sana: 13.12.2023 (210) Talabnoma raqami: DGU 202310538

Huquq egasi(lari): MUXAMEDOVA SHAHNOZA YUSUFJON QIZI, UZ; GANIYEV ABDUVAZ
ABDULAXATOVICH, UZ

Dastur muallifi(lari): MUXAMEDOVA SHAHNOZA YUSUFJON QIZI, UZ; GANIYEV ABDUVAZ
ABDULAXATOVICH, UZ

O'zbekiston Respublikasining Dasturiy mahsulotlar davlat reyestrda
20.12.2023 y. ro'yxatdan o'tkazildi.

