

**МИНИСТЕРСТВО ВЫСШЕГО И СРЕДНЕГО СПЕЦИАЛЬНОГО
ОБРАЗОВАНИЯ РЕСПУБЛИКИ УЗБЕКИСТАН**

**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ
УЗБЕКИСТАН**

**ТАШКЕНТСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ СТОМАТОЛОГИЧЕСКИЙ
ИНСТИТУТ**

На правах рукописи

УДК:616.716.1/4+617.52-002-08

КУЛДАШЕВА ВАЗИРА БАХОДУРОВНА

**Применение современных средств при реабилитации больных
с воспалительными процессами челюстно – лицевой области**

5А 510401 – Стоматология (челюстно-лицевая хирургия)

**Диссертация на соискание академической степени
магистра**

Научный руководитель:
доктор медицинских наук, проф.
Жилонов Абдубори Астонаевич

ОГЛАВЛЕНИЕ

СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ	4
ВВЕДЕНИЕ	5
Глава 1. ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ	
1.1. Этиология и патогенез острых одонтогенных воспалительных заболеваний челюстно-лицевой области.....	9
1.2. Современные принципы и методы лечения больных с острыми одонтогенными воспалительными заболеваниями челюстно лицевой области.....	13
1.3. Применение пробиотиков в лечении воспалительных процессов челюстно-лицевой области.....	17
1.4. Инфракрасное узкоспектральное излучение – метод оптимизирующий микробного пейзажа в области раны.....	19
Глава 2. МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЙ	
2.1. Общая характеристика клинического материала.....	23
2.2. Микробиологические методы исследования.....	29
2.3. Характеристика пробиотика «Лацидофилл – WM».....	31
2.4. Характеристика узкоспектральных инфракрасных лучей.....	35
Глава 3. РЕЗУЛЬТАТЫ СОБСТВЕННЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ	
3.1. Ретроспективный анализ больных с воспалительными заболеваниями челюстно-лицевой области.....	38
3.2. Анализ клинических показателей больных с одонтогенными флегмонами челюстно-лицевой области.....	40
3.3. Результаты микробиологических исследований больных с одонтогенными флегмонами челюстно-лицевой области.....	42
3.4. Влияние узкоспектральных инфракрасных лучей на показатели	

микрофлоры полости рта при комплексной терапии больных с одонтогенными флегмонами ЧЛО.....	46
Глава 4. ЗАКЛЮЧЕНИЕ.....	51
ВЫВОДЫ.....	57
ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ.....	58
СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ.....	59

СПИСОК УСЛОВНЫХ СОКРАЩЕНИЙ

ВЗ - воспалительные заболевания

ГВЗ - гнойно-воспалительные заболевания

ЖКТ - желудочно-кишечный тракт

ИУИ - инфракрасное узкоспектральное излучение

ИУЛ - инфракрасные узкоспектральные лучи

ЧЛЮ - челюстно – лицевая область

ВВЕДЕНИЕ

Актуальность проблемы. Проблема диагностики и лечения больных с острыми гнойно-воспалительными заболеваниями челюстно-лицевой области продолжает оставаться актуальной и в настоящее время. Численность больных с одонтогенными флегмонами, по мнению разных авторов, занимает до 60-70% коечного фонда челюстно-лицевых стационаров [15, 23,39,46,117]. 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.

Во многих научных исследованиях последних лет отмечается изменение характера течения острой одонтогенной инфекции, что проявляется увеличением числа больных с распространенными одонтогенными флегмонами и тяжелым прогрессирующим течением заболевания. Удельный рост распространенных форм воспалительного процесса ряд авторов связывает с общей тенденцией к нарушению иммунитета. В связи с этим, сохраняется высокий процент больных с генерализованной инфекцией, нередко приводящей к длительной нетрудоспособности, инвалидности и, в некоторых случаях, к летальным исходам [4, 34,50,57, 94, 79,123].

По оценкам ВОЗ, болезни микробной этиологии продолжают оставаться серьезной проблемой здравоохранения многих стран, и борьба с ними поглощает большую часть бюджета здравоохранения. Только в структуре современной хирургической патологии доля больных с гнойно-воспалительными процессами составляет 30 - 35 %, а летальность достигает 7 % [18].

Проблема гнойной инфекции остается чрезвычайно актуальной в практике челюстно-лицевой хирургии. Число пациентов с одонтогенными воспалительными заболеваниями не имеет тенденции к снижению.

Изменилась не только частота встречаемости заболеваний, но и их клиническое течение. Часто наблюдается агрессивное течение одонтогенных флегмон [23]. Высок процент таких осложнений как медиастинит, тромбофлебит лицевых вен и синусов твердой мозговой оболочки, сепсис.

Увеличение числа и утяжеление воспалительных заболеваний челюстно-лицевой области и шеи приводят к росту временной нетрудоспособности, а в ряде случаев - инвалидности и летальным исходам. Причины создавшейся ситуации большинство авторов видят в постоянно ухудшающихся экологических условиях, снижении уровня жизни населения, что обуславливает увеличение числа больных с исходно измененной иммунной реактивностью и наличием фоновой патологии [35,78]. Преобладание в этиологии условно-патогенной и анаэробной микрофлоры также определяет особенности течения флегмон [34,43]. Успех лечения больных с острыми гнойно-воспалительными заболеваниями во многом зависит от ранней диагностики и объективной оценки тяжести состояния.

Цель исследования: совершенствование реабилитации больных с одонтогенными флегмонами челюстно-лицевой области.

Задачи исследования:

1. Провести ретроспективный анализ больных с воспалительными заболеваниями челюстно-лицевой области получившие традиционные методы лечения за 2010 – 2011 гг.

2. Изучать динамику микрофлоры в области операционной раны при лечении больных с воспалительными заболеваниями челюстно-лицевой области.

3. Провести клиническую апробацию разработанной тактики лечения и оценить его эффективность, обосновать показания его применению в клинической практике.

Методы исследования:

1. Клинико – лабораторные исследования.
2. Микробиологические исследования.
3. Статистическая обработка данных.

Научная новизна: на основании анализа архивного материала определена эффективность традиционного метода лечения. Внедрение нового метода лечения острых воспалительных заболеваний ЧЛО с использованием узкоспектральных инфракрасных лучей и пробиотика «Лацидофилл – WM» позволяет купировать воспалительного процесса, что доказано результатами микробиологическим исследованием.

Научно–теоретическая и практическая ценность. Использование узкоспектральных инфракрасных лучей и пробиотика «Лацидофилл – WM» в комплексной терапии одонтогенных флегмон ЧЛО существенно сокращает сроки очищения гнойной раны, ускоряет заживление и эпителизацию ран, активизирует процессы в поврежденных тканях (улучшает трофику), в целом сокращает сроки лечения и медицинской реабилитации больных.

Реализация результатов исследования. Результаты проведенного исследования внедрены в учебный процесс на кафедре челюстно-лицевой хирургии Ташкентского государственного стоматологического института и в практику лечебной работы клиники взрослой челюстно-лицевой хирургии 3-клиники Ташкентской медицинской академии.

Апробация работы. Материалы диссертации доложены на конференции молодых ученых Ташкентского государственного стоматологического института (Ташкент, 2015), обсуждены на заседании кафедры челюстно-лицевой хирургии Ташкентского государственного стоматологического института (Ташкент, 18.10.2014).

Внедрение результатов исследования в практику. Способ лечения одонтогенных флегмон челюстно-лицевой области с использованием

узкоспектральных инфракрасных лучей и пробиотика «Лацидофилл – WM» внедрен в практику отделения взрослой челюстно-лицевой хирургии 3–й клиники Ташкентской медицинской академии.

Опубликованность результатов. По теме диссертации опубликовано 2 журнальных статей и 1 тезис.

Объем и структура диссертации. Диссертация, изложенная на 77 страницах компьютерного набора, состоит из введения, обзора литературы, материала и методов исследования, главы собственных исследований, заключения, выводов, практических рекомендаций. Список использованной литературы включает 150 наименований, в том числе – 105 на русском и 45 – на иностранных языках. Работа иллюстрирована 4 рисунками и 10 таблицами.

Глава 1. ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ.

1.1. Этиология и патогенез острых одонтогенных воспалительных заболеваний челюстно - лицевой области.

Одонтогенные воспалительные заболевания челюстно-лицевой области, среди которых значительный удельный вес занимают абсцессы и флегмоны, характеризуются широким распространением и наносят значительный социально-экономический ущерб.

По данным литературы, число больных с острыми гнойно-воспалительными процессами лица и шеи составляет 3-4% общехирургических больных с гнойной инфекцией и 50-70% от общего количества пациентов, находящихся на лечении в отделениях челюстно-лицевой хирургии.

Гнойно-воспалительные заболевания челюстно-лицевой (ГВЗ ЧЛЮ) области до настоящего времени остаются одной из наиболее распространённых и сложных проблем современной хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии, основной причиной развития внутричерепных осложнений и септических состояний, временной потери трудоспособности среди населения [2,15,19,36,84,119,135].

Основную роль в этиологии воспалительных заболеваний челюстно-лицевой области играют инфекционные агенты, в большинстве случаев вегетирующие на слизистых оболочках полости рта, в пародонтальных карманах и кариозных полостях. Поэтому большинство исследований было направлено на выделение и изучение свойств именно такой флоры. Результатами этих исследований в настоящее время являются неоспоримые доказательства этиологической значимости при ГВЗ ЧЛЮ таких микроорганизмов, как *Staphylococcus spp.*, *Streptococcus spp.* [37,38,39,44, 65,109,121,143]. Однако имеется значительная доказательная база [5,13,24,87,54], свидетельствующая о том, что в этиологии ГВЗ ЧЛЮ играет роль и условно-патогенная флора.

Анализируя патоморфоз данной патологии, можно отметить рост частоты случаев таких угрожающих жизни осложнений, как медиастенит, сепсис, тромбоз вен, менингит и абсцесс головного мозга, при которых высока летальность больных, чему способствует увеличение числа атипичных, малосимптомных и, в особенности, длительно текущих острых воспалительных процессов.

Частое развитие абсцессов и флегмон в области головы и шеи обусловлено высокой распространенностью хронической очаговой одонтогенной, тонзиллогенной инфекций, а также инфекционно-воспалительных поражений кожи и слизистой оболочки полости рта [57,63]. Самой распространенной формой септического воспаления во многих странах являются одонтогенные гнойно-воспалительные заболевания [94]. Сохраняется высокая частота встречаемости инфекционно-воспалительных осложнений при переломах челюстных костей [87,117].

Большинство авторов связывают рост числа больных с гнойно-воспалительными процессами лица и шеи со снижением резистентности организма. В связи с этим, изучение иммунологических расстройств на системном и местном уровнях является перспективным направлением диагностики, позволяющим расширить представление о механизмах развития и течения гнойно-воспалительных заболеваний челюстно-лицевой области, а также проводить эффективные лечебные мероприятия [4,40,82,83,84,94].

Появление в последние годы специализированных стоматологических клиник, оснащенных современным диагностическим и лечебным оборудованием, внедрение в клинику новых материалов и современных методов лечения позволило на ранних этапах диагностировать воспалительный процесс в периапикальных костных тканях и проводить его адекватное лечение, что в целом значительно улучшило результаты трудоспособного населения страны [29,34,56,57,97,122].

Возбудителем одонтогенных воспалительных заболеваний является резидентная смешанная микрофлора полости рта. Установлена значительная роль анаэробной инфекции, облигатных и факультативных анаэробов, а также аэробов (различные виды стафилококков или стрептококков в симбиозе с другими видами кокков, кишечной и другими палочками) в развитии воспалительных заболеваний ЧЛЮ. Существует прямая зависимость увеличения числа микробов, усиления их свойств и, соответственно, повышения концентрации антигенного воздействия и тяжести в распространенности инфекционно – воспалительного процесса. Отмечено также ассоциативное участие аэробных и анаэробных бактерий [35,73,77,80,112,114].

По данным различных авторов, в 80-90% случаев инфекция имеет одонтогенную природу. Абсцессы и флегмоны возникают в результате распространения инфекции из апикальных очагов при обострении хронического периодонтита, реже – при остром периодонтите, а также при затрудненном прорезывании нижнего зуба мудрости, нагноившейся радикулярной кисте, инфицировании лунки удаленного зуба (альвеолит), остром гнойном периостите челюсти [7,12,21,39,148].

Чаще околочелюстные абсцессы и флегмоны наблюдается у лиц в возрасте 20-30 лет, что связано с наибольшей интенсивностью поражения зубов кариесом и затрудненным прорезыванием нижнего зуба мудрости. Заболеваемость характеризуется сезонностью: наибольшее число больных наблюдается в летне-осенний период [49,117].

Возникновение инфекционно-воспалительного процесса во многом зависит от состояния иммунной защиты организма. От этого также зависит характер воспалительной реакции – нормергический, гиперергический или гипергический.

Например, ротовая жидкость содержит в достаточно высокой концентрации лизоцим и секреторный иммуноглобулин А, которые

участвуют в поддержании микробного пейзажа полости рта. Наряду с интерфероном, иммуноглобулин А и лизоцим обуславливают барьерные свойства слизистой оболочки [33,55,81,142].

При этом между инфекционным очагом и организмом больного устанавливается динамическое равновесие. Оно может существовать достаточно долго, если в инфекционном очаге и окружающих его тканях сохраняется определенный уровень содержания неспецифических факторов защиты и иммунитета: комплемента, пропердина, иммуноглобулинов. Определенная роль в поддержании такого равновесия принадлежит естественным ингибиторам ферментов.

Регулируя течение метаболических процессов, они в то же время могут ингибировать бактериальные энзимы, выступающие в роли факторов агрессии, факторов повреждения [54,61,95,133].

Нарушение микроциркуляции, падение артериального давления и уменьшение объема циркулирующей крови являются важными факторами, способствующими развитию циркуляторной гипоксии. Возникновению гипоксического состояния и последующей анемии способствует повышенный гемолиз.

Современные научные воззрения сходятся на том, что нарушение окислительных процессов при ГВЗ связано не только с недостатком кислорода в организме, но и с нарушением его утилизации в клетке. Возможной причиной данного явления считается первичное изменение активности ферментативных окислительных систем клеток, возникающее не вследствие нарушения транспорта и низкого напряжения кислорода, а из-за изменений каталитических свойств самих ферментов, составляющих электронтранспортные цепи митохондрий, микросом и других кислород-зависимых систем клетки [22,26].

При гнойном воспалительном заболевании (абсцесс или флегмона областей и пространств лица и шеи) процесс развивается

преимущественно в рыхлой соединительной ткани – подкожной жировой, межмышечной, межфациальной клетчатке, мышцах, клетчатке по ходу сосудов, нервов, вокруг органов полости рта. Микробы, проникшие в ткани, скапливаются вблизи сосудов и вокруг них, развивается воспалительная реакция тканей.

Проведя анатомо-топографические исследования клеточных пространств челюстно-лицевой области, ученые [14,54,83,131,137] установили тесную связь областей лица с зубочелюстными сегментами и лунками зубов, а также поверхностных клеточных пространств лица и шеи с глубокими. Это обуславливает распространение инфекции от зубов в окологлазничные мягкие ткани и продвижение гнойной инфекции по протяжению из одной области в другую, из одного пространства в другие [101,108,109,115].

1.2. Современные принципы и методы лечения больных с острыми одонтогенными воспалительными заболеваниями челюстно - лицевой области.

Лечение больных одонтогенными флегмонами основано на комплексном проведении оперативных вмешательств и консервативных мероприятий воздействия на организм с местным лечением. И в том, и другом случаях лечение должно быть оптимальным, обеспечивающим полное выздоровление больного. Эта проблема встает перед врачами, занимающимися вопросами терапии ГВЗ [14,65,100].

Местное лечение преследует цель быстрее очищения очага воспаления от экссудата, подавления местной инфекции и стимуляции репаративных процессов.

Терапия гнойно-воспалительных заболеваний ЧЛЮ имеет комплексный, многокомпонентный подход. И основным методом ее на сегодняшний день является хирургический - непременно вскрытие

гнойного очага и его дренирование, что обеспечивает отток экссудата, предотвращает распространение гноя в соседние анатомические области.

Целью комплексного лечения является снижение интоксикации, восстановление нарушенного равновесия между организмом и средой.

Так как главным этиологическим фактором гнойно-воспалительных процессов являются микроорганизмы, то основное значение имеет воздействие на патогенную микрофлору - применение антибактериальных препаратов, как широкого спектра действия, так и с учетом чувствительности флоры.

Поиски средств воздействия на воспалительный очаг и возбудителей хирургической инфекции привели к применению ряда ферментных препаратов, таких как трипсин, химотрипсин, химопсин, лизоцим и т.е. Применение ферментов при гнойно-воспалительных процессах является логическим продолжением их действия как противовоспалительных веществ, обладающих некролитическими свойствами.

Местная энзимотерапия основана на непосредственном протеолитическом действии ферментов. Она сопровождается быстрым очищением раны, ускорением образования грануляций [5,13,,32,33,37,51,106].

В последнее время для местного лечения острых воспалительных процессов стали применять мазевые препараты на полиэтиленгликолевой основе. 5% хлорацетофосовая мазь на полиэтиленгликолевой основе даёт хороший терапевтический эффект при лечении острой одонтогенной инфекции челюстно-лицевой области. Лечебное действие этой мази, по мнению авторов, аналогично действию мази на кастороволанолиновой основе и мази Вишневского.

В комплексе лечебных мер при лечении больных с гнойно-воспалительными заболеваниями для ликвидации воспалительных изменений, особенно при наличии анаэробной инфекции применяют

гипербарическую оксигенацию [15,43,135,142].

Низкая эффективность традиционной антибактериальной терапии и атипизм клинической картины течения воспалительных заболеваний челюстно-лицевой области, как отмечают ряд авторов [14,18,19,24,59,111], зависит от изменения свойств микроорганизмов и иммунологической реактивности организма.

В одних случаях воспалительные заболевания заканчиваются выздоровлением в течение 1-2 недель, а в других – наблюдается затяжное течение до 3-4 недель с развитием осложнений, что напрямую связано с состоянием иммунологической реактивности организма.

Учитывая важную роль нарушений иммунологической реактивности при гнойной инфекции, в её комплексном лечении применяют различные иммуностимулирующие препараты (стафилококковый анатоксин, плазма, антистафилококковый иммуноглобулин) [29,40,79,102].

Не менее важным компонентом послеоперационной терапии воспалительных заболеваний ЧЛЮ являются дезинтоксикационные мероприятия. Начинать их целесообразно с трансфузии гемодеза или реополиглобина, не увеличивающих вязкости крови и не циркулирующих длительно в организме. В последующем их можно сочетать с введением концентрированных растворов глюкозы с инсулином, 5% раствором бикарбоната натрия, добавляя по мере необходимости препараты кардиотонического и реологического действия. Для усиления эффекта вместе с трансфузионной терапией рекомендуется форсированный диурез [59,110,115,146,148].

Физические факторы при лечении больных с воспалительными процессами ЧЛЮ позволяют стимулировать иммунобиологические реакции организма, снизить явления общей и местной сенсibilизации, изменить нервно-гуморальные процессы в организме и патологического очаге, усилить локальное действие лекарственного вещества. Применение

одного метода не дает должного результата, поэтому нашли применение новые взаимодополняющие способы лечения. К их числу относятся электрофорез и ультразвуковая обработка ран, с помощью которых лекарственные препараты можно вводить глубже. В современной литературе имеется ряд работ, посвященных применению ультразвуковой кавитации гнойных ран [16,20,59,68,100,101,104,128,130].

Противовоспалительным действием, улучшающим микроциркуляцию раневой поверхности, обладает также лазерное излучение. Авторы отмечают, что применение лазерного излучения целесообразно только в регенеративной фазе раневого процесса, т.к. использование его в фазе гнойно-некротических изменений может обострить воспалительный процесс. Аналогичное требование предъявляется и при применении УВЧ-терапии [44,45,123].

Среди физиотерапевтических методов в комплексном лечении острых воспалительных заболеваний применяются УФ - облучение [87], воздействие магнитными полями, низкочастотная вибрация [135,144].

Таким образом, сложность патогенеза данной патологии – наличие микробного фактора, угнетение иммунологического статуса, интоксикация, микроциркуляторные нарушения, общая и местная гипоксия и т.д. обуславливают разнообразие методов лечения.

Традиционные методы введения антибиотиков не всегда могут обеспечить их достаточную концентрацию в воспалительном очаге, а применение ударных доз, как было указано выше, приводит к развитию ряда осложнений: лекарственной интоксикации и аллергии, подавлению иммунных систем организма.

Следует отметить, что препараты, применяемые для местного лечения, предназначены для использования в дегенеративно-воспалительной фазе, т.е. для очищения раны от гнойно-некротических и фибринозных масс. Кроме этого нет чёткого представления для установления правильной

дозировки и продолжительности лечения тем или другим препаратом. Недостаточно изучены биохимические и биофизические изменения в организме больных с ГВЗ ЧЛО, а анализ изменений в гнойной ране проводится в основном трудоёмкими микробиологическими методами исследований.

Обобщая приведенные данные литературы, можно прийти к заключению, что существующее разнообразие применяемых методов лечения больных с ГВЗ ЧЛО свидетельствует о сложности данной патологии и о том, что клиницисты не всегда бывают удовлетворены результатами проводимого лечения.

Это обстоятельство обусловлено малоизученностью ряда вопросов патогенеза и следовательно, существует перспектива разработки новых патогенетически обоснованных подходов к лечению этой патологии.

1.3 Применение пробиотиков в лечении воспалительных процессов челюстно-лицевой области.

Несмотря на широкое внедрение в клиническую практику таких методов лечения, как местное и общее хирургическое пособие, применение антибактериальных препаратов и химиотерапевтических средств, дезинтоксикационной и корригирующей терапии, терапии сопутствующих заболеваний, современных физиотерапевтических средств, воспалительные заболевания челюстно-лицевой области продолжают представлять угрозу для здоровья и жизни человека.

Так же отмечается изменение клинической картины течения острых и хронических воспалительных заболеваний в челюстно-лицевой области (ЧЛО), возрастание числа осложнений, таких как сепсис, медиастенит, абсцесс головного мозга, тромбофлебит лицевых вен и пещеристого синуса, бактериальный шок. Этому сопутствует изменение вирулентности

микрофлоры, появление антибиотико-резистентных и антибиотико-зависимых штаммов микроорганизмов, снижение иммунной защиты, усиливающееся на фоне дисбиоза желудочно-кишечного тракта при антибактериальном лечении гнойно-воспалительных заболеваний ЧЛО, что осложняет течение заболевания и затрудняет лечение больных.

Существующие методы диагностики, включая клинические, не всегда позволяют адекватно отслеживать патологический процесс, что не дает врачу своевременную, эффективную коррекцию лечения больного. Это относится к микробиологическим, лабораторным методам диагностики.

Указанные закономерности в течении гнойно-воспалительных процессов челюстно-лицевой области и их клинические лабораторные аспекты свидетельствуют о необходимости совершенствования существующих методов лечения и диагностики. Все вышеуказанное позволяет считать, что проблема инфекции у больных с гнойно-воспалительными заболеваниями челюстно-лицевой области и шеи остается актуальной. Это ставит необходимость поиска новых эффективных средств диагностики и лечения, воздействующих на различные звенья патогенеза воспаления и обеспечивающих прогнозирование течения заболевания.

Однако, наряду с разработкой диагностических методов, представляется актуальной дальнейшая разработка комплексной терапии воспалительных заболеваний челюстно-лицевой области с включением факторов, имеют свою специфическую направленность как на отдельные патогенетические звенья гнойного воспаления, так и на патологический процесс и организм больного в целом. Тем самым создаются более благоприятные условия для выздоровления. Отсюда следует, что лечебные средства должны быть совместимы с макроорганизмом и должны иметь минимум противопоказаний. В качестве таковых можно рассматривать

различные биологически активные соединения, обладающие положительным многофакторным воздействием, как на патологический процесс, так и на организм больного в целом.

С этой целью в нашей работе применялся пробиотический препарат «Лацидофилл - WM».

Предпосылкой для использования пробиотиков явилось то, что в комплексном лечении гнойно-воспалительных заболеваний наряду с общей антибактериальной терапией и коррекцией гомеостаза важным компонентом является местное воздействие на гнойную рану, особенно сапрофитной микрофлорой, являющейся антагонистами патогенной флоры вызывающей гнойно-воспалительные заболевания ЧЛЮ.

Актуальность проблемы диагностики и лечения ВЗ ЧЛЮ определяется необходимостью дальнейшего изучения и разработки принципиально новых способов прогнозирования характера течения и повышения эффективности лечения гнойно-воспалительных заболеваний челюстно-лицевой области.

1.4 Инфракрасное узкоспектральное излучение – метод оптимизирующий микробного пейзажа в области раны.

В связи с возрастанием аллергических и токсико-аллергических реакций при использовании большого числа лекарственных средств, особенно актуальным является совершенствование немедикаментозных способов лечения.

Одной из самых актуальных проблем современной медицины является охрана здоровья человека, для решения которой разработаны и утверждены соответствующие программы. Целью этих программ является сохранение здоровья, сокращение сроков нетрудоспособности путем внедрения в практику современных методов диагностики и оздоровления

пациентов с использованием всего арсенала немедикаментозных средств. Разработка новейших диагностических и корригирующих технологий, направленных на сохранение естественных резервов человека, является основной стратегией современной восстановительной медицины, по своей направленности ориентированной в первую очередь на охрану здоровья, а также на восстановление резервных возможностей организма на этапе ремиссии заболевания у пациентов трудоспособного возраста. Вторым направлением восстановительной медицины является реабилитация больных и инвалидов, направленная на увеличение функциональных резервов, компенсацию нарушенных функций, вторичную профилактику заболеваний и их осложнений, восстановление трудоспособности работающих [4,7,37,55,59,94,118,123,136].

Приоритетным и перспективным направлением восстановительной медицины является разработка новых немедикаментозных технологий, повышающих функциональные резервы здорового и больного человека, что важно и для медицинской реабилитации после хирургических вмешательств [27,63,74].

Для этой цели в последние годы широко применяются методы физиотерапии, направленные на усиление регенерационных и репаративных процессов, способствующих более активному восстановительному процессу воспаленных тканей, особенно в ранний послеоперационный период.

Керамические инфракрасные излучатели - уникальная новинка современной медицины. Их использование предлагает совершенно новый мягкий метод лечения и профилактики заболеваний, позволяющий помочь там, где традиционная медицина бессильна. Лечебное действие инфракрасного излучения применяется в медицине давно. Однако,

используемые в физиотерапии инфракрасные лучи имеют широкий спектр и нередко вызывают побочные эффекты.

Предлагаемые керамические инфракрасные излучатели с различными длинами волн обладают избирательным действием, представляя собой резонансную терапию в частотном диапазоне человеческого организма. Воздействие керамическим излучением нормализует обменные процессы на молекулярном уровне и устраняет причину болезни, а не только ее симптомы. Благодаря тому, что энергетический спектр используемых излучателей соответствует спектру излучения здоровых тканей, их действие направлено только на патологически измененные органы и ткани.

Функционирование адаптационных саморегулирующих систем организма происходит посредством множества химических реакций с поглощением и излучением энергии. Вся совокупность этих химических, точнее фотохимических реакций, протекающих с определенной последовательностью и скоростью, - составляет суть наиболее полного понятия "иммунитет".

Естественное излучение человеческого организма имеет различную силу (мощность) в зависимости от возраста пациента, имеющихся заболеваний, но частота излучения или длина волны у всех индивидуумов одинаковая. При наличии патологии скорость и последовательность фотохимических реакций изменяется, соответственно меняется и сила излучения. Коррекция этих реакций возможна посредством направления нормальной инфракрасной энергии, под которой подразумевается собственное излучение человеческого организма.

Таким образом, в настоящее время разработан новый удобный метод лечения различных заболеваний. Узкоспектральные инфракрасные излучатели можно отнести к этиотропной и патогенетической обоснованной терапии больных с воспалительными процессами ЧЛЮ [44].

Применение узкоспектральной инфракрасной терапии в лечении одонтогенного воспалительного заболевания челюстно-лицевой области на наш взгляд открывает новые возможности в коррекции патофизиологических нарушений как в остром периоде, так и в периоде выздоровления. Учитывая эти обстоятельства необходимо вести поиск и отработку новых методов лечения в остром периоде одонтогенных воспалительных процессов челюстно-лицевой области с целью медицинской реабилитации больных и для повышения эффективности лечения [59]. Совокупность результатов таких исследований может стать источником новых идей, связанных с расширением сферы применения узкоспектрального инфракрасного излучения, разработки новых и совершенствования существующих методов лечения.

ГЛАВА 2. МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЙ

2.1. Общая характеристика клинического материала

Проведен ретроспективный анализ 1310-историй болезни больных с воспалительными заболеваниями челюстно-лицевой области лечившихся в отделении взрослой челюстно-лицевой хирургии 3-клиники ТМА с 2010-2011гг.

Установлено, что среди патологий воспалительных заболеваний челюстно-лицевой области наиболее число занимали одонтогенные флегмоны. Поэтому мы выбрали эту патологию для решения поставленных нами задач. Подробно изложено наши наблюдения основанные на клинико-лабораторных исследований 43 больных с одонтогенными флегмонами ЧЛЮ с исходным общим состоянием средней тяжести лечившихся в отделении взрослой челюстно-лицевой хирургии 3-клинике Ташкентской Медицинской Академии с 2012-по 2014гг. Исследуемые больные разделены на две группы: основную группу составили 31 больных с одонтогенными флегмонами челюстно-лицевой области лечившиеся нами предложенным методом, а контрольную группу составили 12 больных с одонтогенными флегмонами челюстно-лицевой области лечившиеся традиционным методом. Из них мужчин - 29 (67,4%) и женщин - 14 (32,6%) в возрасте от 18 до 50 лет. (Рисунок №1).



Таблица 1

**Возрастная характеристика больных с одонтогенными
флегмонами челюстно-лицевой области.**

Возраст больных, лет	Число больных	%
до 20	5	11,6
21-30	18	41,9
31-40	13	30,2
41-50	7	16,3
Всего:	43	100

Из таблицы 1 видно, что флегмоны одонтогенного происхождения

чаще встречались у лиц в возрасте от 21 года до 40 лет – 31 (72%) больных. Согласно мнению Ю.И. Бернадского, Н.И. Заславского (1998) [22], в этом возрасте параллельно с прогрессом кариозного процесса зубов и его осложнений, развиваются воспалительные процессы окологлазничных мягких тканей челюстно-лицевой области. У людей старших возрастных групп, частота кариеса меньше, уменьшается и заболеваемость одонтогенными флегмонами.

У всех больных в день поступления в стационар после изучения жалоб, анамнеза проводилось общеклиническое обследование с анализами крови и мочи, рентгенологические и бактериологические исследования. Клиническое обследование больных заключалось в тщательном сборе анамнеза.

При обследовании у всех 43 больных удалось выявить причинный зуб (Таблица 2).

Таблица 2

Распределение больных с одонтогенными флегмонами в зависимости от причинного зуба

Причинный зуб	Число больных	%
Фронтальные зубы	2	4,7
Премоляры	8	18,6
Первый и второй моляры	13	30,1
Третий моляр	20	46,6
Всего:	43	100

Из таблицы 2 видно, что наиболее частой причиной одонтогенной инфекции служило наличие воспалительного процесса от третьего моляра – 20 больных (46,6%), реже – первого и второго моляра 13 (30,1%), затем премоляров 8(18,6%) соответственно. И последнее место занимают фронтальные зубы –2(4,7%) случая.

Таблица 3

Сроки поступления больных с одонтогенными флегмонами на стационарное лечение

Сроки поступления	На 3-5-е сутки	На 5-7-е сутки	На 7-10-е сутки	Свыше 10 суток
Число больных	7	17	13	6
%	16,3	39,5	30,2	14

Данные анализа сроков поступления больных в клинику говорят о том, что большая часть больных поступила в клинику на 5-7-е сутки от начала заболевания, что свидетельствует об активном течении воспалительного процесса (Таблица 3).

При исследовании локализации воспалительного процесса выявлено, что у большинства больных гнойный очаг занимал одноклетчаточное пространство (53,4) – чаще всего в подчелюстной области. Процесс распространялся на два анатомические области в 23,3% случаев и у 23,3% больных занимал три и более клетчаточных пространств (Таблица 4).

Распределение больных по локализации гнойного процесса

Область локализации	Количество больных	%
Одноклетчаточное пространство	23	53,4
Два анатомические области	10	23,3
Три и более анатомические области	10	23,3
Всего:	43	100

Общая реакция организма, в основном, была выражена пропорционально распространению и характеру местного гнойного процесса.

Жалобы при поступлении больных в клинику, в основном, предъявлялись на боли в области припухлости, слабость, недомогание, нарушение сна и аппетита, повышение температуры тела.

Температурная реакция колебалась от 37,1°- 39,0°С. У больных нарушения деятельности сердечно-сосудистой системы не отмечалось. Тахикардия была адекватна имевшейся гипертермии и возрастным особенностям организма, наблюдалось умеренное учащение пульса. Явлений дыхательной недостаточности не отмечалось. Артериальное давление находилось в пределах нормы и соответствовало возрастным колебаниям.

Клиническая картина характеризовалась наличием воспалительного инфильтрата в соответствующей анатомической области.

Инфильтраты были плотными, болезненными при пальпации с наличием местной гиперемии и гипертермии, сопровождавшейся натянутостью кожных покровов, чаще с участками размягчения и

наличием флюктуации.

В случаях, когда процесс распространялся на крылочелюстную и околоушно-жевательную области, отмечались функциональные нарушения, связанные с локализацией процесса – затруднение открывания рта, глотания, нарушение речи.

Лабораторные показатели соответствовали тяжести гнойного процесса.

При исследовании периферической крови у всех больных отмечался лейкоцитоз, в основном, за счет увеличения количества нейтрофильных лейкоцитов.

У обследуемых больных число лейкоцитов колебалось в пределах от $10,7 \cdot 10^9/\text{л}$ до $17,2 \cdot 10^9/\text{л}$. Лейкоцитарный индекс интоксикации зависел от распространенности гнойного процесса. У 40 (93,3%) он превышал норму, причем колебания от 1,1 до 2,0 наблюдались у 22 человек (51,1%), свыше 2,0 – у 18 (41,9%). У 3 пациентов (7%) этот показатель не отличался от нормального.

Показатели общих свойств мочи и микроскопическое исследование мочевого осадка соответствовали норме.

Рентгенологическое исследование показало различную степень деструкции костной ткани в области корня причинного зуба.

Таким образом, при поступлении больных в отделение клиничко-лабораторные показатели соответствовали средней тяжести течения воспалительного процесса и больные представляли собой условно однородные группы для исследования.

Всем больным после установления диагноза в тот же день под наркозом вскрывали гнойный очаг, дренировали и по показаниям удаляли причинные зубы, промывали растворами антисептиков.

В зависимости от проводимого лечения больные были распределены на 2 группы: 1 группа (контрольная) получала базовое лечение, 2 группа (основная) – предлагаемое комплексное лечение:

<p>Первая группа – (12 больных) получала традиционную терапию (базовая):</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Антибактериальная 2. Симптоматическая 3. Десенсибилизирующая 4. Дезинтоксикационная 5. Общеукрепляющая терапия 	<p>Вторая группа - (31 больных) получала традиционную терапию + узкоспектральные инфракрасные лучи и пробиотик «Лацидофилл-WM»</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Антибактериальная 2. Симптоматическая 3. Десенсибилизирующая 4. Дезинтоксикационная 5. Общеукрепляющая терапия <p>С 2 дня больные получали по схеме узкоспектральных инфракрасных лучей в течение 10 дней. С первого дня принимали «Лацидофилл-WM» по 1 таблетки 2 раза в день во время еды в течение месяца</p>
--	--

Всем больным провели общие анализы крови, мочи, биохимические анализы по общепринятым методикам. Для оценки эффективности предлагаемой патогенетической терапии проведены биохимические и микробиологические исследования.

2.2. Микробиологические методы исследования

Наряду со стоматологическими методами во всех исследуемых группах были проведены микробиологические исследования. Для этого у всех обследуемых больных при поступлении и на 3-и сутки после

операции проводили забор ротовой жидкости методом смыва со слизистой оболочки полости рта (путем полоскания) с использованием 10 мл физиологического раствора [68,93]. Полученные смывы после тщательной гомогенизации и последовательного десятикратного разведения засеивали на поверхность дифференциально-диагностических питательных сред: агар для анаэробов, среда Эндо, молочно-солевой агар, среда Калина, кровяной агар, среда МРС-4, среда Сабуро и др.

Посевы на кровяном агаре, среду Эндо, молочно-солевой агаре, среду Сабуро культивировали в обычных условиях 18-24 часа, при температуре 37⁰С, а культивирование посевов для выделения аспорогенных анаэробов осуществляли методом «запаянных» целлофановых мешочков [92], заполненных магистральным природным газом [34] и помещали в термостат на 3-5 суток.

По истечении указанных сроков, засеянные чашки вынимали из термостата и проводили подсчет выросших колоний, определяли групповую и видовую принадлежности изолированных микроорганизмов на основе данных микроскопии мазков, окрашенных по Граму, характера роста на селективных и дифференциально-диагностических питательных средах и биохимическим свойствам.

Родовую принадлежность *Staphylococcus* и *Micrococcus* определяли следующими тестами: наличие пигмента, данные микроскопии, расщепления глюкозы в анаэробных условиях.

Для дифференциации золотистых и эпидермальных стафилококков использовались тесты: способность вырабатывать гемолизин, плазмакоагулазу, лецитиназу, ферментировать маннит в анаэробных и аэробных условиях. При наличии этих свойств, изучаемые культуры были отнесены к *St.aureus*, эпидермальные стафилококки такими свойствами не обладали.

К стрептококкам группы D мы относили штаммы, ферментирующие

маннит, дающие рост в 40% желчи, 6,5% хлорида натрия, редуцирующего в молоке 1% синьку.

При работе по модифицированной методике результат учитывали по последнему разведению, в котором получен рост бактерий, количество микробов подсчитывали по следующей формуле:

$$K = A \times 200 \times P / KOE \text{ (мл)}$$

Где **K** – количество бактерии определенного вида;

A – число колоний в чашке в последнем разведении, где есть микробный рост;

200 – коэффициент, при проведении посева в петле (объем равен 0,005 мл) в соответствии с 1 мм;

P – степень разведения.

Количество бактерий каждого вида выражали в **LgKOE/мл**.

2.3. Характеристика пробиотика «Лацидофилл-WM»

Рисунок №2



Фармакологическое действие пробиотика «Лацидофилл-WM» : Пробиотик, содержащий живые формы молочнокислых микроорганизмов. Назначается для профилактики и терапии диареи, вызванной приемом антибактериальных препаратов. Используется так же для нормализации

или восстановления кишечной микрофлоры в комплексном лечении диспепсий, гастроэнтеритов. Улучшает пищеварительные функции при увеличении чувствительности к молочной лактозе. Эффективен в качестве поддерживающего лечения аллергического дерматита. Лацидофил содержит микроорганизмы, медленно выводящиеся из просвета кишечника (после последнего лечебного или превентивного приема капсул – в течение 7-15 дней): *Lactobacillus acidophilus* R0052 и *Lactobacillus rhamnosus* R0011. При заселении кишечника этими бактериями наблюдается стабилизация барьерной функции эпителия кишечника, увеличение протективных свойств естественной кишечной микрофлоры против условно-патогенных возбудителей, улучшаются показатели местного иммунитета. Бактерии *Lactobacillus rhamnosus* R0011 уменьшают высокую толерантность к молочным продуктам и уменьшают общую алергизацию организма, что используется в лечении аллергических заболеваний кожи.

Иммунобиологические и биологические свойства

Лактобактерии - род бактерий семейства *Lactobacillaceae*, объединяющий грамположительные неподвижные неспорообразующие анаэробные лактобациллы, разлагающие углеводы с образованием молочной кислоты. Создаваемая ими кислая среда способствует развитию бифидобактерий (бифидобактерии составляют 80-90% кишечной флоры детей, находящихся на грудном вскармливании).

В процессе нормального метаболизма лактобактерии способны образовывать молочную кислоту, продуцировать лизоцим, другие вещества с антибиотической активностью: реутерин, плантарицин, лактоцидин, лактолин. Благодаря продукции органических кислот, бактериоцинов, многие штаммы лактобактерий проявляют выраженную антагонистическую активность в отношении патогенных и условно-

патогенных микроорганизмов, обеспечивая резистентность ЖКТ. Они проявляют антимикробное действие в отношении таких патогенных микроорганизмов, как *E. coli*, *H. influenzae*, *Campilobacter jejuni*, *Salmonella*, *Shigella*, *Streptococcus*, *Staphylococcus aureus*, *Helicobacter pylori* за счёт подавления их роста и адгезии к энтероцитам.

Лактобактерии могут участвовать в процессе расщепления белков, жиров и сложных углеводов, метаболизме желчных кислот, а также синтезе витаминов К и группы В.

Лактобактерии способны активировать клеточный иммунитет и выработку иммуноглобулинов. Иммуностимулирующее свойство лактобактерий связывают с присутствием в их клеточной стенке пептидогликанов и тейхоевых кислот, обладающих иммуномодулирующим действием.

Преимуществом данных штаммов лактобактерий служит высокая резистентность к воздействию желудочного сока и желчных кислот, так после 30-ти минутного нахождения в кислой среде желудка выживало около 80% обоих микроорганизмов.

СОСТАВ

1 капсула препарата **Лацидофил[®]-WM** содержит 2 миллиарда живых лиофилизированных бактерий

Lactobacillus rhamnosus Rosell-11 – 1,9млрд.

Lactobacillus acidophilus Rosell-52 – 0,1млрд.

Вспомогательные вещества: мальтодекстрин, магния стеарат, кислота аскорбиновая, желатин.

Показания к применению:

- Специфическая профилактика заболеваний, вызванных

Clostridium difficile (псевдомембранозный колит);

- лечение и профилактика диареи, ассоциированной с приемом линкомицина, ампициллина, амоксициллина, клиндамицина, цефалоспоринов и других антибактериальных препаратов;
- в составе комплексного лечения некротизирующего энтероколита у новорожденных и детей грудного возраста;
- для улучшения пищеварительной функции;
- терапия транзиторных нарушений функций кишечника (как запора, так и диареи) при изменениях в пищевом рационе, связанных с туризмом; а также по другим причинам;
- нормализация и восстановление кишечной микрофлоры;
- комплексное лечение хеликобактерной инфекции (язвенные и эрозивные заболевания желудка и двенадцатиперстной кишки) – параллельно антихеликобактерным антибиотикам;
- лечение диспепсии и гастроэнтерита;
- профилактика аллергических заболеваний у детей (схема применения включает использование Лацидофила беременной, а после родов – грудным ребенком);
- атопические кожные заболевания (в составе компонента комплексного лечения);
- увеличение толерантности к лактозе молочных продуктов;
- синдром хронической усталости – для улучшения общего состояния и самочувствия.

Противодиарейные препараты биологического происхождения, регулирующие равновесие кишечной микрофлоры. Препараты, содержащие микроорганизмы, продуцирующие молочную кислоту.

Лацидофил[®]-WM используется как вспомогательное средство для:

- симптоматического лечения диареи и в качестве дополнения к восполнению потери жидкости и/или диетическим мерам у взрослых и детей;

- профилактика кишечной дисфункции после антибактериальной и лучевой терапии;

Способствует восстановлению микробиологического равновесия в кишечнике у взрослых и детей при острых и хронических воспалительных заболеваниях толстого и тонкого кишечника, протекающих на фоне нарушений микрофлоры с дефицитом лактобактерий.

Лацидофила[®]-WM не имеет противопоказаний.

СПОСОБ ПРИМЕНЕНИЯ И ДОЗЫ

Лацидофил[®]-WM принимают во время еды, запивая небольшим количеством воды.

взрослым по 1-2 капсулы в день.

2.4. Характеристика узкоспектральных инфракрасных лучей

Все типы излучателей характеризуются тем, что энергетический спектр ($E=h\nu$) их действия соответствует или ниже энергетического спектра излучения человека. Диапазон излучения в каждом конкретном случае должен находиться энергетически (спектрально) в резонансе с тем процессом, на который необходимо воздействовать. Поэтому излучатели оказывают действие только тогда, когда в организме имеется патологический очаг (спектр его поглощения отличается от спектра поглощения здорового человека Рисунок №3). На здорового человека излучатели в этих диапазонах не оказывают никакого воздействия. Мы в своей работе использовали локальные излучатели GI, KL, KB, RC, ZB

(Рисунок №3) и установку общего воздействия с излучателями GI, KL, RC, ZB (Рисунок №4).

Рисунок №3



Узкоспектральный инфра-красный излучатель GI воздействуют на патогенную флору, обладают антимикробным и противовоспалительным действием, оказывают губительное действие на простейшие и нормализуют состав микрофлоры кишечника.

Узкоспектральный инфракрасный излучатель KL нормализует скорость химических процессов, оказывают иммунокорректирующее и

стимулирующее действие на организм. KL-используется при пониженных скоростях Рисунок №4.

Рисунок №4



обменных процессов, KB-для ускорения регенерации костной ткани.

Узкоспектральный инфракрасный излучатель RC оказывает действие на радикалы с высокой степенью активности (антиоксидантное действия) и обладает антивирусным и противоонкологическим действием.

Узкоспектральный инфракрасный излучатель ZB - применяется для улучшения микроциркуляции, удаления отложений на стенках сосудов, перевода нерастворимой патологической ткани в растворимое состояние, для рассасывания патологического коллагена.

Статистические методы.

Данные, полученные в результате исследований, вводились в специально разработанную таблицу в программе Microsoft Office Excel, 2007. Полученная информация обрабатывалась методом варриационной статистики с помощью компьютерной программы Microsoft Office Excel, 2007.

ГЛАВА 3. РЕЗУЛЬТАТЫ СОБСТВЕННЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ

3.1. Ретроспективный анализ больных с воспалительными заболеваниями челюстно-лицевой области.

Мы провели ретроспективный анализ 1310 истории болезни больных с воспалительными заболеваниями челюстно-лицевой области, лечившихся в отделении ВЧЛХ 3-клиники Ташкентской Медицинской Академии в 2010-2011 гг.

Исходя из данных историй болезней мы получали следующие результаты. (Таблица 5)

Таблица 5

КЛАССИФИКАЦИЯ БОЛЬНЫХ ЛЕЧИВШИЕСЯ В ОТДЕЛЕНИИ ВЧЛХ ПО НАЗОЛОГИИ

№	Заболевание	2010		2011	
		Количество больных		Количество больных	
		(n)	(%)	(n)	(%)
1	Воспалительные заболевания	606	40,5	704	41,1
2	Травмы ЧЛО	600	40,1	686	40
3	Опухоли ЧЛО	132	8,8	137	7,9
4	Врожденные дефекты	55	3,6	65	3,9
5	Дефекты и деформации мягких тканей ЧЛО	45	3	53	3,2
6	Дефекты и деформации лицевых костей	58	3,8	68	4
	Итого	1496	100	1713	100

Среди патологий воспалительных заболеваний челюстно-лицевой области наибольшее число составили больные с одонтогенными флегмонами ЧЛО. (Таблица 6)

Таблица 6

**КЛАССИФИКАЦИЯ БОЛЬНЫХ С ВОСПАЛИТЕЛЬНЫМИ
ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ЧЛО ЛЕЧИВШИЕСЯ В ОТДЕЛЕНИИ ВЧЛХ В
2010 ГОДУ**

№	Нозологические формы воспалительных заболеваний челюстно-лицевой области	Количество больных		Койка день	
		(n)	(%)	(n)	(%)
1	Абсцессы и флегмоны	399	65,8	760	60,2
2	Лимфаденит, аденофлегмона	29	4,8	78	6,2
3	Фурункул, карбункул	24	3,9	75	5,9
4	Периостит	37	6,1	62	5
5	Слюнокаменная болезнь	20	3,3	61	4,9
6	Одонтогенный гайморит	25	4,1	65	5,2
7	Посттравматический остеомиелит	15	2,5	45	3,5
8	Обострение хронического остеомиелита	17	2,8	48	3,8
9	Обострение хронического периодонтита	23	3,8	38	2,9
10	Другие воспалительные заболевания	17	2,8	30	2,4
	Итого	606	100	1262	100

3.2. Анализ клинических показателей больных с одонтогенными воспалительными заболеваниями челюстно-лицевой области.

Мы провели обследование 43 больных в возрасте от 18 до 50 лет с ОФ ЧЛЮ поступивших в клинику на 7-10 после начала заболевания. Практически все больные жаловались на ухудшение общего состояния и плохое самочувствие, припухлость, боль, ограничение открывания рта (за счет боли, инфильтрата), снижение аппетита, общую слабость, вялость, беспокойство, с подъемом температуры тела, гиподинамичность. Одонтогенная флегмона ЧЛЮ носила острый характер и непосредственно влияло на функцию желудочно-кишечного тракта. Всем больным в тот же день после общеклинических обследований под наркозом, по показаниям удаляли причинные зубы, вскрывали гнойный очаг, промывали рану растворами антисептиков и дренировали.

Исследуемые больные были распределены на 2 группы: контрольная группа – (12 больных) в течение недели получала традиционное лечение, которое заключалась в назначении антибактериальной, симптоматической, дезинтоксикационной, десенсибилизирующей и общеукрепляющей терапии. Основная группа - (31 больных) наряду с традиционным лечением больные принимали пробиотик со второго дня в течении 10 дней облучались узкоспектральными инфракрасными лучами серии GI, ZB, RC и KL по схеме Рахимова Р.Х. [84]. С первого дня принимали «Лацидофилл-WM» по 1 таблетки 2 раза в день во время еды в течение месяца.

Как видно из представленных результатов исследования (таблица 7) при острой одонтогенной флегмоне (гемоглобин $108,1 \pm 2,4$ г/л) наблюдается наряду со снижением количество эритроцитов до $2,9 \pm 0,18 \times 10^{12}$ /л, увеличение количество лейкоцитов до $17,0 \pm 3,5 \times 10^9$ /л, что указывает на активную фазу воспаления. При этом отмечено увеличение скорости оседания эритроцитов до $18,4 \pm 0,45$ мм/час. Необходимо отметить

увеличение количества палочкаядерных нейтрофилов у обследуемых больных до величин – $12, \pm 0,11\%$, что указывает на эндогенную интоксикацию и выход в кровяное русло молодых форм нейтрофилов. В данной ситуации количество лимфоцитов снижается до значений – $26,5 \pm 1,49\%$. Анализ полученных результатов показало, что на 14 сутки исследования показатели гемоглобина крови у обследуемых больных основной группы повышается на $110,2 \pm 2,4$ г/л и количество эритроцитов на $3,4 \pm 0,16 \times 10^{12}$ г/л, количество лейкоцитов $9,8 \pm 2,2 \times 10^9$ г/л относительно к исходным данным, что указывает на адекватность проводимой терапии.

Таблица 7

Показатели общего анализа крови у больных с острым одонтогенным воспалительным заболеванием челюстно-лицевой области

Показатели	При поступлении	В контрольной группе (14-день)	В основной группе (14-день)
1. Гемоглобин	108,1 \pm 2,4	109,0 \pm 2,4	110,2 \pm 2,4
2. Эритроциты	2,9 \pm 0,18	3,2 \pm 0,17	3,4 \pm 0,16
3. Цветной показ.	0,80 \pm 0,01	0,88 \pm 0,03	0,89 \pm 0,02
4. Лейкоциты	17,0 \pm 3,5	12,5 \pm 2,7	9,8 \pm 2,2
5. Палочкаядерные	12,0 \pm 0,11	7,0 \pm 0,32	5,30 \pm 0,23
6. Сегментоядерные	57,4 \pm 1,24	54,3 \pm 2,24	52,9 \pm 1,78
7. Эозинофиллы	2,60 \pm 0,18	2,90 \pm 0,18	3,0 \pm 0,33
8. Лимфоциты	26,5 \pm 1,49	30,2 \pm 1,47	34,9 \pm 1,26
9. Моноциты	1,50 \pm 0,19	1,90 \pm 0,11	2,20 \pm 0,10
10. СОЭ	18,4 \pm 0,45	14,2 \pm 1,48*	10,4 \pm 0,36*

Примечание: * - $P < 0,05$ достоверность по отношению к данным до лечения

3.3. Результаты микробиологических исследований больных с одонтогенными воспалительными заболеваниями челюстно-лицевой области.

Тенденция распространения воспалительных процессов челюстно-лицевой области объясняется появлением антибиотико-резистентных микроорганизмов. Поэтому методы лечения воспалительных заболеваний требуют дальнейшего совершенствования. Принцип патогенетического лечения раны предусматривает обязательную верификацию возбудителя инфекции и использование антибактериальных средств, с учетом чувствительности микроорганизмов к ним. Изучение качественной и количественной характеристики микрофлоры позволяет объективно прогнозировать развитие раневого процесса и оценивать эффективность того или иного метода лечения. Характер микрофлоры, ее вирулентность и приспособляемость в последние десятилетия существенно изменились [32,44].

В этом разделе изучали состояние микрофлоры гнойной раны у больных с одонтогенными флегмонами челюстно-лицевой области.

Для решения поставленной цели нами, материал с больных забирали в первые сутки после операции и производился качественный и количественный анализ микрофлоры гнойных ран по общепринятым микробиологическим методикам [67,83,94].

Результаты исследования показали, при поступлении наиболее характерными клиническими признаками были боль, асимметрия лица за счет припухлости, гиперемия кожных покровов, наличие инфильтрата и флюктуации. Наблюдалась слабость, нарушение аппетита, учащение пульса, выделения гноя из раны, припухлость и увеличение регионарных лимфатических узлов. У 43 исследуемых больных с одонтогенными флегмонами челюстно-лицевой области в гное было выделено грамположительные, грамотрицательные бактерии и дрожжеподобные

грибы рода *Candida*. Общие статистические данные по результатам бактериологических исследований представлены в таблице 8.

Как показывают полученные данные микрофлоры раны при одонтогенной флегмоны у больных были разнообразной и включали в себя, как патогенные, условно-патогенные так и сапрофитные микроорганизмы. Роль всех этих микроорганизмов не однозначна в патогенезе гнойной раны. К примеру, *St.epidermidis*, *Candida*, *E.coli* являются представителями нормальной микрофлоры кожи и слизистых оболочек. При анализе результатов бактериологического посева установлено, что из гноя выделялись бактерии одного вида (моноинфекция) и ассоциации нескольких микроорганизмов. В моноинфекции (52%) чаще встречались *St. aureus*, *Str. epidermidis*, *St.pyogenes*, *E coli*, *St. hemolyticus*. В ассоциациях (48%) чаще всего присутствовали грамположительные кокки, грамотрицательные бактерии и сапрофиты. При исследовании перед выпиской в отделяемом из раны выделялись преимущественно *Micrococcus* и *Bacillus*, а также представители нормальной микрофлоры кожи.

Таблица 8

Спектр микроорганизмов, выделенных из гноя больных с одонтогенными флегмонами челюстно-лицевой области.

№	Наименование микроорганизмов		
	Общее количество анаэробов	n-25	100%
1.	Бактериоиды	12	38,6%
2.	Пептострептококки	10	34,9%
3.	Синийгнойная палочка	3	26,5%
	Общее количество аэробов	n-55	100%

1.	Стафилакокк золотистый	12	19,0%
2.	Стафилакокк эпидермис	7	13,1%
3.	Стрептококк пиогенный	8	10,8%
4.	Стрептококк гемолитический	6	16,9%
5.	Эшерихии	4	14,6%
6.	Грибы рода Кандида	10	13,2%
7.	Протеи	8	12,4%

Для установления их этиологической роли и оценки эффективности проводимого лечения и необходим количественный учет (посев) результатов. В таблице 9 представлены результаты чувствительности к антибиотикам, штаммов микроорганизмов, выделенных из раны больных с одонтогенными флегмонами челюстно-лицевой области. Чувствительность к антибиотикам определяли общепринятым диско-диффузным методом. В нашей клинике выбрали тех антибиотиков, которые можно было использовать в нашей больнице. Использовались коммерческие стандартные диски с пенициллином (пен), ампициллином (ам), линкомицином (лин), цефозолин (цефз), зинацеф (зин), цефтриаксон (цефтр), цефотаксим (цефт). Спектр чувствительности к антибиотикам выражали в процентах, чем ниже процент чувствительности, тем выше резистентность штамма к данному антибактериальному препарату.

Резистентность штаммов микроорганизмов была неоднозначной у грамположительных и грамотрицательных бактерий.

**Спектр чувствительности микроорганизмов выделенных из гноя
больных с одонтогенными флегмонами челюстно-лицевой области
к антибактериальным препаратам, (в %).**

№	Антибиотики	Микроорганизмы									
		Bacteroides	Pepto-streptoc	Ps.aerug.	Staf.aureus	Staf. epid.	Streptocog.	Strepthemo.	E. coli	Candida	Proteus
1	Пенициллин	0	0	0	15,0	11,1	16,6	14,2	6,6	0	0
2	Ампициллин	11,7	12,5	0	20,0	16,6	25,0	21,4	13,3	0	0
3	Линкомицин	23,5	31,2	25,0	45,0	44,4	41,6	42,8	13,3	14,2	25,0
4	Цефозолин	47,0	50,0	41,6	60,0	61,1	50,0	64,2	53,3	35,7	66,6
5	Зинацеф	64,7	68,7	58,3	75,0	77,7	66,6	78,5	60,0	57,1	75,0
6	Цефтраксион	70,5	75,0	75,0	80,0	83,3	83,3	85,7	73,3	64,2	83,3
7	Цефотаксим	70,5	75,0	66,6	85,0	88,8	83,3	85,7	66,6	64,2	83,3
	Больные -43	7	5	1	8	4	4	3	2	5	4

Грамотрицательные бактерии были резистентными к пенициллину, ампициллину (процент чувствительности штаммов от 0 до 20%), умеренно резистентными (от 20 до 50%) к линкомицину и цефазолину.

Высокую чувствительность грамотрицательные бактерии проявили в отношении зинацефу, цефтраксиону и цефотаксиму. Грамположительные бактерии были в основном умеренно резистентными к пенициллину и ампициллину. Высокую чувствительность они проявили к зинацефу, цефтраксиону и цефотаксиму.

Наибольшее число резистентных штаммов было отмечено среди *Bacteroides*, *Peptostreptococ*, *Proteus*, *Ps. aeruginosa*, *E.coli*, *Candida*. Эти результаты соответствуют данным литературы о возрастании количества резистентных штаммов микроорганизмов в последние десятилетия в частности грамотрицательных бактерий. Полирезистентность микроорганизма является одним из признаков, характеризующих его госпитальный характер.

Изучение качественной и количественной характеристики микрофлоры позволяет объективно прогнозировать развитие раневого процесса и оценивать эффективность того или иного метода лечения. Характер микрофлоры, ее вирулентность и приспособляемость в последние десятилетия существенно изменились.

3.4. Влияние узкоспектральных инфракрасных лучей на показатели микрофлоры гнойной раны и кишечника при комплексной терапии больных с одонтогенными флегмонами ЧЛЮ.

В этом разделе мы изучали влияние узкоспектральных инфракрасных лучей на микрофлору гнойной раны в динамике комплексной терапии одонтогенных флегмон челюстно-лицевой области.

Проведено обследование 43 больных в возрасте от 18 до 50 лет с одонтогенными флегмонами челюстно-лицевой области поступивших в клинику на 7-10 после начала заболевания. В день поступления в стационар после сбора анамнеза, проведения общеклинических исследований под наркозом по показаниям удаляли причинные зубы, вскрывали гнойный очаг, промывали рану растворами антисептиков и дренировали.

Исследуемые больные были распределены на 2 группы: контрольная группа – (12 больных) в течение недели получала традиционное лечение,

которое заключалась в назначении антибактериальной, симптоматической, дезинтоксикационной, десенсибилизирующей и общеукрепляющей терапии. Основная группа - (31 больных) наряду с традиционным лечением больные со второго дня в течении 10 дней облучались узкоспектральными инфракрасными лучами серии GI, ZB, RC и KL по схеме Рахимова Р.Х и принимали пробиотик «Лацидофилл-WM» по 1 капсуле 2 раза в день. [84]. Материал от больных забирали: 1 сутки после операции, 5 сутки после операции и 8 сутки после операции. У всех больных производился качественный и количественный анализ микрофлоры гнойных ран по общепринятым микробиологическим методикам.

Таблица 10

Количественная характеристика изменений микрофлоры гноя у больных с одонтогенными флегмонами ЧЛЮ при различных способах лечения ($LgM \pm m$, КОЕ/мл)

№	Группы микробов	Количество микробов на 1мл гноя у больных				
		1 день n-43 исход.	При традиционном лечении n-12		При предложенном лечении n-31	
	Общее количество анаэробов		5-день	8-день	5-день	8-день
1.	Бактериоиды	7,72±0,63	6,24±0,44	4,10±0,31*	2,54±0,52*	0,50±0,33
2.	Пепто- стрептококки	7,85±0,24	6,47±0,51	3,30±0,21*	1,47±0,12*	0,38±0,12
3.	Синийгн. палочка	7,25±0,37	6,30±0,41	4,34±0,65*	2,75±0,42*	0,64±0,65

	Общее количество аэробов					
1.	Стафил. золотистый	6,64±0,45	5,40±0,38	3,30±0,12*	1,22±0,24*	0,19±0,28
2.	Стафил. эпидерм.	5,82±0,42	4,15±0,27	3,47±0,14*	1,87±0,21*	0,25±0,11
3.	Стрепт. пиоген.	5,10±0,28	4,34±0,18	2,74±0,21*	1,34±0,28*	0,18±0,23
4.	Стрепт. гемолит.	4,80±0,43	3,53±0,45	2,68±0,16*	1,15±0,26*	0,15±0,21
5.	Эшерихии	3,32±0,20	2,90±0,12	2,0±0,21*	1,68±0,34*	0,31±0,22
6.	Гр.рода Кандида	3,15±0,32	3,67±0,32	4,10±0,29*	1,76±0,25*	0,33±0,19
7.	Протеи	2,82±0,18	2,45±0,23	1,90±0,14*	1,64±0,18*	0,26±0,15

n – количество обследованных больных

* - P<0,05. Достоверность по отношению к контролю.

У больных с одонтогенными флегмонами ЧЛЮ в гное чаще высевались стафилококки и стрептококки (таблица 10). Изучение количественных параметров микроорганизмов у этих больных показывает, что из анаэробной флоры большую часть составили пептострептококки, количество которых составило $7,85 \pm 0,24$ Lg КОЕ/мл гноя. Количество факультативной флоры также было значительным и среди них основную массу составили стафилококки - $6,64 \pm 0,45$ Lg КОЕ/мл, стрептококки - $5,10 \pm 0,28$ Lg КОЕ/мл, самые низкие показатели у микробов относящихся к роду протей. На фоне традиционного лечения к 7-8 дню выделения микробов из раны, по отношению к исходным данным, уменьшились в

следующем порядке: бактериоиды на 46,5%, пептострептококки на 58,4%, синийгнойная палочка на 40,6%, стафилококк золотистый на 51,8%, стафилококк эпидермис на 42%, стрептококк пиогенный на 45,2%, стрептококк гемолитический на 45,6%, эшерихии на 39,4% и протеи на 33,5%. Однако количество грибов рода *Candida* не уменьшается, а наоборот имеет тенденцию к росту до 7-8 дня.

Наиболее интересные данные получены нами при использовании узкоспектральных инфракрасных лучей в комплексном лечении больных с одонтогенными остеомиелитами нижней челюсти. В количественном отношении произошла положительная динамика в сторону снижения числа микроорганизмов. После 4-го сеанса применения узкоспектральных инфракрасных лучей, резко снизилось количество всех микроорганизмов - грамотрицательных энтеробактерий и грамположительных кокков ($p < 0,05$). Грибы рода *Candida* снизилось до минимальных титров ($1,00 \text{ Lg КОЕ/мл}$) и полностью элиминировали перед выпиской (к 8 дню), кроме *Streptidermidis*, который как представитель нормальной микрофлоры кожи, высеивался в ниже критического уровня.

Таким образом, применение узкоспектральных инфракрасных лучей в комплексном лечении гнойной раны при одонтогенной флегмоне у больных резко снижает количество микроорганизмов ниже критического бактериального порога.

Возросший в настоящее время интерес к роли микробного фактора в этиологии и патогенезе воспалительных заболеваний челюстно-лицевой области объясняется, с одной стороны неблагоприятным воздействием факторов внешней среды, а с другой - увеличением числа хронических соматических заболеваний. Эти факторы вызывают нарушения симбиотической микробной флоры кишечника у больных с одонтогенными флегмонами ЧЛЮ.

Нами для лечения состояния дисбактериоза при одонтогенных флегмонах ЧЛЮ в комплекс лечебных мероприятий были включены узкоспектральные инфракрасные лучи, которая в отличие от других физических факторов, влияют на молекулярном уровне на патологические процессы в организме и пробиотик "Лацидофилл-WM".

Мы оценили эффективность пробиотика "Лацидофилл-WM" в комплексном лечении одонтогенных флегмон ЧЛЮ у больных на клинических показателей.

Было обследовано 43 больных в возрасте от 18 до 50 лет находившихся на стационарном лечении с диагнозом одонтогенная флегмона ЧЛЮ (на 7-10 сутки от начала заболевания) в отделении взрослой челюстно-лицевой хирургии. При сборе анамнеза больные жаловались на отсутствие аппетита, запоры – в 100% случаев, отсутствие стула в течении 2-3 суток, что нами расценено как признак кишечной дисфункции. Практически все больные жаловались на ухудшение общего состояния и плохое самочувствие, и проявлялось общую слабость, вялость, беспокойство, подъемом температуры тела, гиподинамичность, что мы рассматривали как синдром эндотоксикоза.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Гнойно-воспалительные заболевания челюстно-лицевой области остаются одной из наиболее распространенных и, вместе с тем, тяжелой патологией хирургической стоматологии. В связи с тяжестью клинического течения, частотой осложнений и хронизации воспалительного процесса возникает необходимость в более глубоком изучении и постоянном усовершенствовании методов, позволяющих судить об активности воспалительного процесса, прогнозировать течение и исход заболевания.

С позиции общей патологии одонтогенная флегмона челюстно-лицевой области представляет собой частный случай воспаления, проявляющийся сочетанием местных деструктивно-воспалительных изменений и общих реакций организма [2].

Несмотря на детально разработанную технику оперативного лечения гнойных ран, успехи антибактериальной терапии и применения физических методов, в последние десятилетия не наблюдается тенденция к уменьшению количества больных с гнойно-воспалительными заболеваниями различной этиологии. Больные с ГВЗ ЧЛЮ составляют от 30 до 35% от общего количества хирургических больных [3]. А воспалительные процессы челюстно-лицевой области по литературным данным [4] составляют 57,5-62,4% хирургических больных челюстно-лицевого стационара. Высоким остается и удельный вес осложнений гнойно-воспалительных процессов – сепсис, медиастинит, тромбоз сосудов головного мозга и т.п. Частое развитие гнойно-воспалительных заболеваний мягких тканей челюстно-лицевой области, их осложнений обусловлено высокой распространенностью хронической очаговой одонтогенной инфекции, а также инфекционно-воспалительных поражений слизистой оболочки полости рта [5]. В связи с этим, поиск

эффективных путей лечения остается актуальной проблемой современной хирургической стоматологии [1].

Благоприятный исход этих заболеваний предопределен своевременно начатым адекватным лечением. В последние годы в клиническую практику гнойной хирургии все шире внедряются применение узкоспектральной инфракрасной лампы. Это обусловлено тем, что метод имеет бактериостатическое и бактерицидное действие, направлен на очищение ран от детрита, имеет благоприятные иммунологические и биохимические характеристики [5].

Развитие воспалительных заболеваний в челюстно-лицевой области, как и любого инфекционного процесса, во многом определяется состоянием иммунологической реактивности организма и прежде всего эффективностью локальной антимикробной защиты ротовой полости, обеспечивающей защиту тканей организма от агрессии внешней среды [3].

Способность противостоять внутриклеточным микроорганизмам определяется, прежде всего, генетически детерминированными факторами, благодаря которым организм в целом или некоторые его клеточные структуры становятся резистентными к захвату инфекционным агентом репликативной системы клетки [2]. В данной ситуации возникает персистенция микроорганизмов, характеризующаяся участием в очаге воспаления мононуклеарных фагоцитов, естественных киллеров, Т-хелперов, синтезирующих различные цитокины [6].

Как известно, экзогенный патоген, который внедрился в межклеточную среду распознает клетки рыхлой соединительной ткани и связывает его Toll-рецепторами, сигналы с которых инициируют активность системы врожденного иммунитета. Присутствие в среде экзогенных патогенов способствует также рыхлой соединительной ткани синтезировать и секретировать в кровь провоспалительные цитокины [1]. В ответ на синтез первичных медиаторов (цитокины) гепатоциты

инициируют синтез комплекса белков острой фазы воспаления, к числу которых относятся: С-реактивный белок, ганкопротеины, макроглобулин, антипротеазы и т.д. Каждый из этих белков острой фазы воспаления выполняет индивидуальную делегированную природой функцию [3].

Известно, что неотъемлемой частью микроекосистемы полости рта является нормальная микрофлора, обеспечивающая колонизационную резистентность [47,75]. Микрофлора полости рта рассматривается как первичная мишень для любого фактора, который прямо или опосредованно влияет на адгезию и колонизационную резистентность резидентной, транзиторной и добавочной микрофлоры [34,55]. При этом важнейшими экологическими детерминантами, вызывающими обитание в этом отделе пищеварительного тракта микробов, являются: состояние зубочелюстной системы, пища, окислительно-восстановительный потенциал, степень резистентности слизистой оболочки полости рта [67,98]. По мнению некоторых авторов [64,52], изучая функционирование механизмов полости рта, можно получить данные как о неблагоприятном внешнем воздействии, так и о нарушениях нейрогуморальной регуляции как следствие какого-либо заболевания.

Учитывая все вышеизложенное, была определена **цель** настоящего исследования, которая заключалась в том, что на основании изучения влияния узкоспектральных инфракрасных лучей и пробиотика Лацидофилл с целью заживления гнойных ран обосновать эффективность применения этого метода при лечении одонтогенных флегмон челюстно-лицевой области.

В связи с этим, нами проведено изучение количественного и качественного состава микрофлоры полости рта при одонтогенной флегмоне челюстно-лицевой области.

Обследовано 43 пациентов с одонтогенной флегмоной челюстно-лицевой области средней степени тяжести в возрасте от 18 до 50 лет, из

них мужчин-29, женщин-14. Диагноз ставился в соответствии с классификацией острых одонтогенных воспалительных заболеваний, предложенной и принятой проблемной комиссией по хирургической стоматологии.

Все больные были госпитализированы по экстренным показаниям.

Наиболее частой причиной очаговой одонтогенной инфекции служило наличие воспалительного процесса от третьего моляра (46,6%), реже – первого и второго моляров (30,1%), затем – премоляров (18,6%) и последнее место занимали фронтальные зубы (4,7%).

Данные анализа сроков поступления больных говорят о том, что большая часть больных поступила в клинику на 5-7-е сутки от начала заболевания, что свидетельствует об активном течении воспалительного процесса.

При исследовании локализации воспалительного процесса выявлено, что у большинства больных гнойный очаг занимал одноклетчаточное пространство (53,4%) – чаще всего подчелюстную область. Процесс распространялся на две анатомические области в 23,3% случаев и 23,3% больных занимал три и более клетчаточных пространства.

Клиническая картина характеризовалась наличием воспалительного инфильтрата в соответствующей анатомической области.

Инфильтраты были плотными, болезненными при пальпации, с наличием местной гиперемии и гипертермии, сопровождалась натянутостью кожных покровов, чаще с участками размягчения и наличием флюктуации.

В случаях, когда процесс распространялся на крылочелюстную и околоушно-жевательную области, отмечались функциональные нарушения, связанные с локализацией процесса – затруднение открывания рта, глотания, нарушение речи.

Лабораторные показатели соответствовали тяжести гнойного процесса.

При исследовании периферической крови у всех больных отмечался лейкоцитоз, в основном, за счет увеличения количества нейтрофильных лейкоцитов.

У обследуемых больных число лейкоцитов колебалось в пределах от $10,7 \cdot 10^9/\text{л}$ до $17,2 \cdot 10^9/\text{л}$. Лейкоцитарный индекс интоксикации зависел от распространенности гнойного процесса. У 40 (93,3%) он превышал норму, причем колебания от 1,1 до 2,0 наблюдались у 22 человек (51,1%), свыше 2,0 – у 18 (41,9%). У 3 пациентов (7%) этот показатель не отличался от нормального.

Таким образом, при поступлении больных в отделение клинико-лабораторные показатели соответствовали средней тяжести течения воспалительного процесса, и больные представляли собой условно однородные группы для исследования.

Проведено обследование 43 больных в возрасте от 18 до 50 лет с одонтогенными флегмонами челюстно-лицевой области поступивших в клинику на 5-7 после начала заболевания. В день поступления в стационар после сбора анамнеза, проведения общеклинических исследований под наркозом по показаниям удаляли причинные зубы, вскрывали гнойный очаг, промывали рану растворами антисептиков и дренировали. Исследуемые больные были распределены на 2 группы: контрольная группа – (12 больных) в течение недели получала традиционное лечение, которое заключалось в назначении антибактериальной, симптоматической, дезинтоксикационной, десенсибилизирующей и общеукрепляющей терапии. Основная группа - (31 больных) наряду с традиционным лечением больные со второго дня в течении 10 дней облучались узкоспектральными инфракрасными лучами серии GI, ZB, RC и KL по схеме Рахимова Р.Х и принимали пробиотик «Лацидофилл-WM» по 1

капсуле 2 раза в день. [84]. Материал от больных забирали: 1 сутки после операции, 5 и 8 сутки после операции. У всех больных производился качественный и количественный анализ микрофлоры гнойных ран по общепринятым микробиологическим методикам. [6,17].

Клинические наблюдения показали, что включение в комплекс лечения УИЛ положительно отражается на заживление раны: УИЛ обеспечивают более быстрое очищение раны, созревание грануляций и позволяет подготовить рану к закрытию в более ранние сроки.

Таким образом, на основании клинических и параклинических исследований больных с одонтогенной флегмоной ЧЛО можно указать на эффективность комплексного с использованием пробиотика Лацидофилл-WM и УИЛ. Этот метод позволяет ускорить процесс заживления за счет очищения раны, способствует формированию грануляционной ткани.

ВЫВОДЫ

1. Разработанная методика лечения объективно обосновывает эффективности проводимой медицинской реабилитации больных с одонтогенными флегмонами ЧЛО, оценку микрофлоры полости рта у больных с ГВЗ ЧЛО и адекватного выбора антибактериальных препаратов.

2. Применение узкоспектральных инфракрасных лучей в комплексном лечении острых одонтогенных флегмон челюстно-лицевой области, способствует раннему исчезновению местных и общих клинических признаков заболевания.

3. Предлагаемое комплексное лечение с применением узкоспектральных инфракрасных лучей и пробиотиком «Лацидофилл-WM» при одонтогенных флегмон челюстно-лицевой области является достаточно эффективным, так как при этом сокращаются сроки клинического выздоровления на 2 ± 0.3 сутки.

ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

1. При лечении одонтогенных флегмон челюстно-лицевой области рекомендуется использование изоспектральных инфракрасных лучей с традиционными методами лечения.
2. С целью нормализации микрофлоры полости рта и ЖКТ рекомендуется использование пробиотик «Лацидофилл-WM» в составе комплексного лечения.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Абаев Ю.К. Расстройства заживления ран методы их коррекции // Вестник хирургии. - 2005. - №1. - С.111-113.
2. Абаев Ю.К. Современные особенности хирургической инфекции // Вестник хирургии. – 2005. - №3. – С.107-111.
3. Абакумов М.М., Булава Г.В., Хватов В.Б., Боровкова Н.В. Клиническая оценка параметров иммунитета у хирургических больных с синдромом системного воспалительного ответа // Хирургия. – 2007. – № 8. – С.24-28.
4. Абдуллаев Ш.Ю., Хасанов А.И. Микробиологический контроль при лечении больных с травматическим остеомиелитом нижней челюсти //Пробле-мы стоматологии-2001.-№4-с.63-64.
5. Абдибекова А.К. Роль молочных зубов в развитии одонтогенных воспали-тельных заболеваний у детей //Тезисы и доклады 7-Международного Конг-ресса Казахстана-2007. – Алматы, 2007. – 81с.
6. Азимджанова М.М., Пулатова Р.З., Мухамеджанова Д.К. Метод "ИН-ФРА Р" терапии (с использованием излучателей узкоспектральнго инфра-красного излучения дальнего диапазона) в лечении локализованных форм гнойно-воспалительных заболеваний у недоношенных новорожденных и детей раннего возраста (Методические рекомендации) Ташкент - 2003. – 15с.
7. Азимов М.И., Иноятов А.Ш. Местное и пероральное применение препа-рата “Бакстимс” при лечении абсцессов и флегмон челюстно-лицевой об-ласти у детей // Актуаль.воп.гастри гепат. 2004 год.- Науч.прак.Конф. Таш-кент-Нукус.
8. Азимов М.И., Кутыркина Н.Ю. Влияние обработки гнойных ран челюстно-лицевой области у детей низкочастотным ультразвуком на процессы перекисного окисления липидов и состояние антиокси-дантной защиты // Новое в стоматологии. – 2001. - №5. - С.85-86.

9. Азимов М.И., Мухамедов И.М., Иноятов А.Ш. Состояние микрофлоры гноя у детей с абсцессами и флегмонами челюстно-лицевой области у детей // Stomatologiya.- Ташкент, 2004.-№1-2.-С.79-83.
10. Аксенов К.А., Ломакин М.В., Капанадзе Г.Д., Смешко Н.В. Экспериментальное моделирование заживления хирургических ран в полости рта // Биомедицина. – 2011. - №1.- С. 34-41.
11. Алексеева Ю.В. Этиологическая диагностика и оптимизация лечения воспалительных заболеваний челюстно-лицевой области на основании определения генетических маркеров микроорганизмов возбудителей: Автореф. дис.... канд. мед. наук. - М., 2005. - 24 с.
12. Алимов А.С., Рахимов Р.Х., Шадманова Д.Н. Применение узкоспектрального инфракрасного излучения при лечении заболеваний пародонта у больных с фоновой кардиоцеребральной патологией. - Физика ва тиббий биологик фанларнинг долзарб муаммолари. Илмий-амалий анжуман материаллари (Самарканд ш., 2005 йил, 28 мая) 26-28с.
13. Алимов А.С. Использование узкоспектрального инфракрасного излучения в комплексном лечении хронического генерализованного пародонтита у больных гипертонической болезнью //Проблемы стоматологии – 2004 - №2 -20-21с.
14. Аляви А.Л., Каримов М.М., Гулямов Ш.Т. Использование инфракрас-ных излучателей с керамическим покрытием при комплексном лечении яз-венной болезни двенадцатиперстной кишки Научно-практический журнал физиотерапия, бальнеология, реабилитация, Издательство Медицина, 4, 2003, 14-16с.
15. Амиров Н. Х. Патогенетическое обоснование эффективности нового ме-тода комплексного лечения воспалительных заболеваний челюстно-лицевой области / // Вторая Всерос. науч.-практ. конф.

- «Образование, наука и практика в стоматологии»: тез. докл. – СПб., 2005. – С. 21.
16. Артеменко К.Л. Антимикробная терапия больных абсцессами и флегмонами челюстно-лицевой локализации с использованием препаратов, проникающих в биопленки: Автореф.дис. ... канд.мед.наук. – СПб, 2007. - 20 с.
 17. Астахова Ю.Р. Обоснование критериев для стандарта обследования и лечения больных одонтогенными воспалительными заболеваниями челюстно-лицевой области и шеи: Автореф.дис. ... канд.мед.наук. – М., 2005.-23 с.
 18. Ахмеров Р.Р. Байкеев Р.Ф. Ксембаев С.С. Магнито-резонансная томография, ангиография и спектрография при острых одонтогенных воспалительных заболеваниях //Стоматология №5-2003-55 с.
 19. Бажанов Н.Н., Александров М.Т., Черкесов И.В. Применение мирамистина для лечения больных одонтогенными флегмонами челюстно-лицевой области // Стоматология. – 2006. - №3. - С.24-26.
 20. Бархатова Н.А. Новый подход к клинико-лабораторной диагностике генерализованных и локальных форм инфекции мягких тканей // Вестник РАМН. - 2009. - №4. - С.10-28.
 21. Баймаков С.Р., Каюмов Т.Х., Рахимов Р.Х. Применение инфракрасного излучения для профилактики образования спаек в брюшной полости //Меж-дународная научная конференция "Infra-2000". Сборник научных статей. Т. 2000, 123-125с.
 22. Баймаков С.Р., Хорошаев В.А., Янгиев А.Х., Каюмов Т.Х. Морфогенез спайкообразования в брюшной полости при облучении инфракрасным излучением Международная научная конференция "Infra-2000". Сборник научных статей. Т. 2000, 106-109с.

23. Баранов А.А., Коровина Н.А., Щербекова Э.Г. и др. Бифилиз в комплекс-ном лечении и профилактике дисбактериоза кишечника //Пособие для вра-чей. – М., 2002. – 22с.
24. Бархатова Н.А. Новый подход к клинико-лабораторной диагностике генерализованных и локальных форм инфекции мягких тканей // Вестник РАМН. - 2009. - №4. - С.10-28.
25. Богатов В.В., Бурова Н.М. Использование данных об ожидаемой продолжительности лечения и результатов оценки степени тяжести заболеваний для подбора рациональной терапии у пациентов с острыми воспалительными процессами челюстно-лицевой области // Стоматология. – 2011. - №1. – С.49-51.
26. Боровкова Н.В., Абакумов М.М., Александрова И.В., Хватов В.Б., Рей С.И. Оценка жизнеспособности лейкоцитов как маркера эндогенной интоксикации // Актуальные вопросы экстракорпорального очищения крови в интенсивной терапии: материалы 6-й международной конференции. – М., 2008. – С. 24-25.
27. Выклюк М.В. Ультразвуковое исследование при заболеваниях челюстно-лицевой области у взрослых и детей: Автореф.дис. ... д-ра мед.наук. – Москва, 2010. – 50 с.
28. Высельцева Ю.В. Клинико-иммунологические особенности течения и прогнозирования распространенности эднтогенных флегмон челюстно-лицевой области и их осложнений: Автореф.дис. ... канд.мед.наук. – Нижний Новгород, 2010. – 23 с.
29. Гаврилюк Л.А., Шербатюк Д.И., Лунгу С.Е. Влияние антиоксидантной терапии на состояние ферментной редокс-системы глутатиона больных с флегмонами челюстно-лицевой области // Стоматология. – 2009. - №4. - С.60-62.
30. Гайворонская Т.В., Петросян Н.Э., Петросян Э.А. Коррекция свободнорадикальных процессов при комплексном лечении больных с

- одонтогенными флегмонами челюстно-лицевой области // Стоматология. – 2009. - №2. - С.47-49.
31. Гарайшин Р. М. Комплексное лечение одонтогенных флегмон с применением сульфатированных гликозаминогликанов: Автореф.дис. ... канд.мед.наук. – Пермь, 2009. – 19 с.
32. Григоров С.Н., Рузин Г.П. Сравнительная характеристика эффективности антибиотиков различных групп в лечении больных с гнойно-воспалительными процессами ЧЛЮ // Стоматология: материалы конференции. – Санкт-Петербург, 2003. - С.319.
33. Губин М.А., Харитонов Ю.М. Итоги изучения осложнений острой одонтогенной инфекции у стоматологических больных// Рос.стоматологический журнал. – 2005. - №1. - С.10-15.
34. Губин М.А., Харитонов Ю.М. Осложнения одонтогенных воспалительных заболеваний / Ред. Робустова Т.Г. - Одонтогенные воспалительные заболевания. - Москва: Медицина, 2006. - 664 с.
35. Гук А.С., Балин В.Н. Этиология и клинико-микробиологическая диагностика обширных гнойно-некротических поражений челюстно-лицевой области // Современные аспекты реабилитации в медицине: тез. докл. I Международной конференции. – Ереван, 2005. – С.115.
36. Дрегалкина А. А. Пути повышения эффективности диагностики и лечения одонтогенных флегмон в челюстно-лицевой области: Автореф. дис. ... канд.мед.наук. - Екатеринбург, 2005.-18 с.
37. Дугиева М.З., Багдасарова З.З. Клиническая эффективность антиоксидантной терапии в хирургической практике // Анестезиология и реаниматология. – 2004. - №2.-С.73-76.
38. Дурново Е.А., Артифексова А.А., Орлинская Н.Ю., Фурман И.В. Морфологические критерии эффективности лечения больных с острыми гнойно-воспалительными заболеваниями челюстно-лицевой области // Стоматология. – 2003. - №3. - С.12-14.

39. Дурново Е.А. Сравнительный анализ функциональной активности нейтрофилов крови и ротовой полости у больных с гнойно-воспалительным процессом в полости рта // Стоматология. – 2005. - №3. - С.29-32.
40. Дурново Е.А., Фурман И.В. Клинические результаты применения перфторана в комплексном лечении больных с одонтогенными флегмонами // Стоматология. – 2007. - №4. С.35-39.
41. Дурново Е.А., Высельцева Ю.В., Мишина Н.В., Хомутишникова Н.Е., Оленева Ю.В., Каткова Ю.О., Ашкинази В.И. Клинико-иммунологические особенности осложненного течения одонтогенных флегмон челюстно-лицевой области // Стоматология. – 2010. – №2.- С.29-31.
42. Дусмухамедов М.З. Применение гипербарической оксигенации и эндистена в комплексном лечении гнойно-воспалительных заболеваний челюстно-лицевой области у детей: Автореф. дис. ... канд.мед.наук. – Т., 1997. - 17 с.
43. Енгоянц В.В. Оценка эффективности физико-химических методов в комплексном восстановительном лечении флегмон челюстно-лицевой области: Автореф. дис. ... канд.мед.наук. – Москва, 2008. – 23 с.
44. Жижина Н.А., Прохончуков А.А., Алябьев Ю.С. К 55-летию применения лазерных систем в российской стоматологии // Клиническая стоматология. – 2010. - № 3. – С.30-34.
45. Жолдыбаев С.С. Совершенствование методов комплексного лечения пародонтита с применением различных видов физических факторов: автореф. ... докт. мед. наук: 14.00.21. – Алматы: КазНМУ, 2007. - 30с.
46. Жолдыбаев С.С. Иммунологические показатели в комплексной терапии пародонтита с использованием различных видов физических факторов //«Dentist Қазақстан» 2006., №2.- 35 с.

47. Забелин А.С., Райнаули Л.В. Выраженность эндогенной интоксикации в зависимости от микробной этиологии флегмон челюстно-лицевой области // Российский стоматологический журнал. -2003.-№ 2.-С.40-42.
48. Иноятов А.Ш., Муратова Н.Ю., Азимов М.И. Состояние микрофлоры и цитологической картины гнойных ран у детей с абсцессами и флегмонами челюстно-лицевой области при применении препарата «Бакстимс». //Проблемы стоматологии (Казахстан) -2004.-№3.-С.42-45.
49. Кабанова С.А. Показатели иммунного статуса при тяжелых формах гнойно-воспалительных процессов челюстно-лицевой области // Рос. стоматологический журнал. – 2009. - №3. – С.36-39.
50. Казакова Ю.М., Походенько-Чудакова И.О. Частота гнойно-воспалительных осложнений одонтогенной этиологии в околочелюстных мягких тканях нижней челюсти // Российский стоматологический журнал. – 2005. - №4. - С.20-22.
51. Казарян А. С. Эффективность сочетанного применения антигиппоксантов и антиоксидантов в комплексном лечении больных одонтогенными флегмонами челюстно-лицевой области: Автореф.дис. ... канд.мед.наук. – Краснодар, 2009. – 23 с.
52. Каршиев Х. Влияние комплексного лечения флегмон челюстно-лицевой области с включением гипохлорида натрия на показатели иммунитета и микрофлоры гнойной раны // Патология. – 2004. - №4.- С.40-41.
53. Каршиев Х. Динамика показателей иммунитета и микробного пейзажа при комплексном лечении флегмон челюстно-лицевой области с включением эндоваскулярной лазеротерапии // Ilmiy amaliyot shifokori axborotnomasi. – 2006. - №3-4. – С.57-5.

54. Кашкирская Н.Ю. Значение пробиотиков и пребиотиков в регуляции кишечной микрофлоры //Русский медиц. журнал «Репринт». – 2000. – С. 3-6.
55. Кетова Г.Г., Латюшина Л.С., Долгушин И.И. Фармакоэкономический анализ местного применения иммунопрепаратов в комплексном лечении больных с одонтогенными флегмонами // Проблемы стандартизации в здравоохранению – 2009.-№3-4.
56. Климовицкая Е.Г., Киселев В.П., Ситников И.Г., Власенко О.Е. Этиотропная терапия острых кишечных инфекций различной этиологии и тяжести у детей с использованием пробиотика бифидумбактерин – форте // Фармакотерапия инфекционных болезней у детей: сб. науч. тр. конф. педиатров России. – М., 2001. – С. 36.
57. Козлов В.А., Егорова О.А., Троцюк Н.В. Внутрочерепные осложнения гнойных заболеваний одонтогенной этиологии // Институт стоматологии. - 2004. - № 2. - С.35-37.
58. Козлов В.А. Одонтогенный медиастенит // Стоматология. – 2006. - №3. - С.30-34.
59. Лабис В.В. Принципы комбинированного применения антибактериальных и противовоспалительных препаратов для профилактики и лечения осложнений в практике современной хирургической стоматологии: Автореф.дис. ... канд.мед.наук. – Москва, 2007. - 25 с.
60. Левенец А.А., Чучунов А.А. Одонтогенные флегмоны челюстно-лицевой области // Стоматология. – 2006. - №3. - С.27-29.
61. Мошкевич И.Р., Тец Г.В. Применение фермента дезоксирибонуклеазы у больных с абсцессами и флегмонами челюстно-лицевой области // Стоматология. - 2006. - № 6. - С. 40-45.
62. Мубаракова Л. Н. Диагностика и комплексное лечение одонтогенной аденофлегмоны // Стоматология. – 2008. – Т.87. – №4. – С. 53-55.

63. Мустафаев М.Ш., Хараева З.Ф., Рехвиашвили Б.А., Тарчокова Э.М. Соотношение провоспалительных и противовоспалительных цитокинов в крови и ране больных с одонтогенными флегмонами // Стоматология. – 2007. - №5. - С.40-43.
64. Муратова Н.Ю. Применение антиоксидантов в комплексном лечении гнойно-воспалительных заболеваний челюстно-лицевой области у детей методом ультразвуковой кавитации: Автореф.дис. ... канд.мед.наук. – Ташкент, 2004. - 35 с.
65. Петросян Н.Э. Коррекция перекисного окисления липидов крови натрия гипохлоритом при лечении флегмон челюстно-лицевой области // Вестник интенсивной терапии. - 2005. - № 5. - С. 119-123.
66. Письменова Н.Н. Обоснование выбора антибактериальных средств и контроль их эффективности при гнойно-воспалительных заболеваниях челюстно-лицевой области: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. - М., 2006. – 22с.
67. Поляков К.А. Применение пробиотиков в комплексном лечении фурункулов и карбункулов челюстно-лицевой области: Автореф.дис. ... канд.мед.наук. – М., 2010. – 21 с.
68. Порфириадис М.П., Сашкина Т.И., Шулаков В.В., Маркина М.Л. Роль вторичной иммунной недостаточности в возникновении гипергического воспаления в челюстно-лицевой области // Рос.стоматологический журнал. – 2007.-№3.-С.35-37.
69. Порфириадис М.П., Шулаков В.В., Сашкина Т.И., Воложин А.И. Повышение эффективности лечения вялотекущих флегмон челюстно-лицевой области с помощью иммуномодулятора полиоксидония // Стоматология. – 2010. - №4. - С.47-49.
70. Рахимов Р.Х. Керамические материалы и их применение-Ташкент-2002г. 650стр.

71. Рахимов Р.Х. Инфракрасное излучение – мягкий подход к лечению болезней. Ташкент, 2002., 84с.
72. Рахимов Р.Х., Шадманова Д.Р. Оценка эффективности лечения хронических энтероколитов и колитов методом резонансной терапии Физика ва тиббий биологик фанларнинг долзарб муаммолари. Илмий-амалий анжуман мате-риаллари (Самарканд ш., 2005 йил, 28 мая) 36-37с.
73. Сашкина Т.И., Порфириадис М.П., Воложин А.И. Использование скрининговых методов исследований для обоснования иммуномодулирующей терапии гипергического воспалительного процесса в челюстно-лицевой области // Стоматология. – 2009. - №4. - С.56-59.
74. Сашкина Т.И., Шулаков В.В., Карakov К.Г., Порфириадис М.П., Бирюлёв А.А. Динамика показателей неспецифической резистентности у больных с флегмонами челюстно-лицевой области и возможности её коррекции // Медицинский вестник Северного Кавказа, 2010. - N 2.-С.44-46.
75. Симакова Т.Г., Боднева С.Л. Применение антиоксидантов в стоматологии (обзор) // Институт стоматологии, 2007. – №1(34). – С. 105–109.
76. Скоробогатых Ю.И., Перунова Н.Б., Курлаев П.П., Бухарин О.В. Экспериментальное изучение комбинации ципрофлоксацина с окситоцином на образование биопленок условно патогенными бактериями // Журнал микробиологии, эпидемиологии и иммунологии. – 2010. - №6. - С.3-7.
77. Соловьев М.М., Тец В.В., Бобров А.П., Артеменко К.Л., Мошкевич И.Р., Тец Г.В. Применение фермента дезоксирибонуклеазы у больных с абсцессами и флегмонами челюстно-лицевой области // Стоматология. – 2006. - №6. – С.40-45.

78. Сохов С.Т., Воробьева Е.И., Цветкова А.А., Поветкин В.В. опыт применения антибактериального препарата Рулид в комплексном лечении пациентов с одонтогенными воспалительными заболеваниями челюстно-лицевой области // Стоматология для всех. – 2011. - №1.- С.26-29.
79. Тер-Асатуров Г.П. Некоторые вопросы патогенеза одонтогенных флегмон // Стоматология. – 2005. - №1. - С.20-27.
80. Тец В.В. Роль микрофлоры полости рта в развитии заболеваний человека // Стоматология. – 2008. - №3. - С.76-80.
81. Тобоев Г.В., Коротких Н.Г. Оценка иммунологического статуса больных с пролонгированным течением острой одонтогенной инфекции и его значение с прогнозе заболевания // Рос.стоматологический журнал. - 2009. - №1. - С.32-33.
82. Турчина Е.В., Пинелис И.С., Дутов А.А. Оценка эффективности применения антибиотиков в комплексном лечении больных с абсцессами челюстно-лицевой области // Сибирский медицинский журнал. – 2007. - №2. – С.52-53.
83. Удальцова Н.А., Ермолаева Л.А. Системная реакция организма при воспалительных процессах челюстно-лицевой области и патогенетическое обоснование лечения // Институт стоматологии. – 2007. - №1. - С.34-35.
84. Удальцова Н.А., Ермолаева Л.А. Гормональный и иммунологический гомеостаз у больных с воспалительными заболеваниями челюстно-лицевой области // Институт стоматологии. – 2007. - №1.- С.48-49.
85. Ушаков Р.В., Царев В.Н. Комплексный подход к антимикробной терапии в лечении одонтогенных гнойно-воспалительных заболеваний челюстно-лицевой области // Рос.стоматологический журнал. – 2003. - №6. - С.40-44.

86. Федотов С.Н., Суханов А.Е., Крылов И.А. Применение салфеток Колетекс-М при лечении острого гнойного одонтогенного периостита челюстей // Стоматология. – 2009. - №2. – С.39-42.
87. Фомичев Е.В., Ахмед Салех, Яковлев А.Т., Жихарева Е.О. Полиоксидоний в комплексной терапии атипично текущих флегмон челюстно-лицевой области // Рос.стоматологический журнал. – 2007. - №5. – С.26-28.
88. Халилов М. А. Клинико-иммунологическая эффективность способов локальной иммунокоррекции с использованием миелопида и NO-терапии в комплексном лечении гнойных ран: Автореф.дис. ... д-ра мед.наук. – Курск, 2010. – 46 с.
89. Харитонов Ю.М., Ленев В.Н., Диденко И.Ю. Микробиологическая диагностика острых воспалительных заболеваний челюстно-лицевой области и шеи // Институт ИПМО - 25 лет: Матер. Науч.-практ. деятельности сотрудников ИПМО. - Воронеж, 2008. – С. 235-238.
90. Хасанов А.И. Новые аспекты патогенетической терапии воспалительных заболеваний челюстно-лицевой области у детей . Дис. д.м.н. Т., 2010
91. Хасанов А.И., Болтаходжаева Л.М., Тайлакова Ф.Т., Касимов О.Т. Ультразвуковая диагностика воспалительных заболеваний челюстно-лицевой области в детском возрасте // Stomatologiya.-Т., 2005. - №3-4. -С.161-163.
92. Хасанов С.А., Абдуллаев Х.С., Рахматуллаев А.К., Ахмадалиев Н.Н. Антиоксидантное действие актовегина у больных детей риносинусогенными орбитальными осложнениями // Инфекция, иммунитет и фармакология. – 2007. - №1. - С.76-79.
93. Царёв В.Н. Антимикробная терапия в стоматологии. 2006.-144 с.

94. Черкесов И.В. Применение мирамистина для лечения больных с одонтогенными флегмонами челюстно-лицевой области: Автореф.дис. ... канд.мед.наук. – Тверь, 2006.-23 с.
95. Шалабаев О.Д., Айтбакин Д.А. Профилактика послеоперационных осложнений у больных с тяжелым течением одонтогенных флегмон //Dentist Қазақстан. - 2007. - №2 (6). – С. 101-102.
96. Шаргородский А.Г. Профилактика воспалительных заболеваний лица и шеи и их осложнений в стоматологических поликлиниках //Тр. VII Всеросс. съезда стоматологов. – М., 2001. – С. 126-127.
97. Шаргородский А.Г. Клиника, диагностика, лечение и профилактика воспалительных заболеваний лица и шеи. – М.: ГЭОТАР-МЕД, 2002.- 520 с.
98. Шафранова С.К. Обоснование применения антиоксидантов и антигипоксантов в комплексном лечении больных одонтогенными флегмонами челюстно-лицевой области: Автореф.дис. ... канд.мед.наук. – Краснодар, 2009. – 17 с.
99. Шевченко Л.В. Явления социального неблагополучия как неодонтогенный этиологический фактор, провоцирующий воспалительные заболевания челюстно-лицевой области // Человек и его здоровье: Курский научно-практический вестник – 2009. - №1. – С. 88-94.
100. Шейнман В.Ю., Ковалев А.П., Мурадов Р.Н. Современные подходы к активному лечению флегмон в челюстно-лицевой области //Проблемы стоматологии. – 2002. - №4 (18). – С. 51-52.
101. Шипский А.В., Афанасьев В.В., Поликарпов Н.А., Ефимов К.М., Дмитрук. Б. Сравнительный анализ антимикробного действия полигексаметилгуанидина гидрохлорида (Биопага) и хлоргексидина биглютаната на потенциальных возбудителей гнойно-воспалительных

- заболеваний челюстно-лицевой области и шеи // *Стоматология*. – 2007. - №3. – С.46-50.
102. Шулаков В.В., Царев В.Н., Бирюлев А.А. Параллели клинических проявлений одонтогенных гнойных воспалительных заболеваний и доминирующих этиопатогенетических факторов (часть 2) // *Клиническая стоматология*. – 2008. – С.76-79.
103. Эшбадалов Х.Ю. Влияние обычной терапии в сочетании с местным применением суперсорбцида на показатели эндотоксемии у больных с флегмонами челюстно-лицевой области // *Стоматология*. – 2005.- №3.-С.27-28.
104. Эшбадалов Х.Ю. Применение Бакстимса в комплексном лечении флегмон челюстно-лицевой области // *Инфекция, иммунитет и фармакология*. – 2005. - №5. - С.127-129.
105. Ярема Р. И. Эндолимфатическая и лимфотропная претрахеальная терапия в комплексном лечении обширных флегмон лицевой области и шеи: Автореф. дис. ... канд.мед.наук. – Москва, 2009. – 23 с.
106. Ashkenazi M., Ashkenazi S. Judicious use of antibiotics in dental practice // *Refuat. Hapeh. Vehashinayim*. - 2004. – Vol.21, N4. – P.27–34, 94.
107. Bahramikia S., Yazdanparast R. Antioxidant efficacy of *Nasturtium officinale* extracts using various in vitro assay systems // *J. Acupunct. Meridian. Stud.* - 2010. - Vol.3, N4. – P.283-290.
108. Balcerczyk A., Gizelak A., Janaszewska A. Thiols as major determinants of the total antioxidant capacity // *Biofactors*.- 2003. - Vol.17, N1-4. - P.75-82.
109. Blanc O., Steinbock N., Rabinovich I., Rachmiel A., Peled M. Pre-septal cellulites from odontogenic origin combined surgical and endodontic approach: a case report // *Refuat. Hapeh. Vehashinayim*. - 2004. - N 21(3). -P. 60-64.

110. Boyanova L., Kolarov R., Gergova G., Deliverska E. Anaerobic bacteria in 118 patients with deep-space head and neck infections from the University Hospital of Maxillofacial Surgery, Sofia, Bulgaria // *J. Med. Microbiol.* – 2006. – Vol.55, Pt. 9. – P.1285-1289.
111. Bratton T.A., Jackson D.C., Nkungula-Howlett T., Williams C.W., Bennett C.R. Management of complex multi-space odontogenic infections // *J. Tenn. Dent. Assoc.* - 2002. – Vol.82, N3. – P.39–47.
112. Brescó-Salinas M., Costa-Riu N., Berini-Aytés L. , Gay-Escoda C. Antibiotic susceptibility of the bacteria causing odontogenic infections // *Med. Oral Patol. Oral Cir. Bucal.* – 2006. – Vol.11, N1. – P. E70–75.
113. Chan Y., Chan C.H. Antibiotic resistance of pathogenic bacteria from odontogenic infections in Taiwan // *J. Microbiol. Immunol. Infect.* – 2003.- Vol.36, N2. – P. 105–110.
114. Chapple I.L. Reactive oxygen and antioxidants in inflammatory diseases // *J. Clin.Periodontal.* – 1997. – Vol.24. – N5. P.287-296.
115. Davies D. Understanding biofilm resistance to antibacterial agents // *Nat . Rev. Drug Discov.* - 2003. - P. 114-122.
116. Dirks S.J., Terezhalmay G.T. The patient with an odontogenic infection // *Quintessence Int.* - 2004. – Vol.35, N6. – P.482–502.
117. Durnovo E.A., Furman I.V., Pushkin S.Y., Maslennikov I.A., Bondar O.G., Ivanitsky G.R. Clinical results of the application of perftoran for the treatment of odontogenous abscesses and phlegmons in the maxillofacial region // *Journal of Cranio-Maxillofacial Surgery.* – 2008. – Vol.36, № 3. – P.161-172.
118. Eckert A.W., Höhne C., Schubert J. Pathogen spectrum and resistance status of exclusively anaerobic odontogenic infections // *Mund. Kiefer. Gesichtschir.* - 2000. – Vol. 4, N3. - 153–158.
119. Goldberg H.M., Topazin G.R. Odontogenic infections and deep fascial space infections of dental / In: Topazin GR, Goldberg HM, Hupp RJ,

- editoros. Oral and maxillofacial infections. 4th ed. Philadelphia: W.B. Saunders Co; 2002. - P. 158–88.
120. Grimes' D., Fan K., Huppa C. Case report: dental infection leading to orbital cellulites // Dent. Update. - 2006. - N 33(4). - P. 217-218.
121. Harrison Y.Y., Ceri H., Roper N.Y. Persister cells mediate tolerance to metal oxyanions in *Escherichia coli* // Microbiology. - 2005. - Vol. 151, №1. - P. 3181-3195.
122. Hasanzadeh H., Mokhtari-Dizaji M., Zahra Bathaie S., Hassan Z.M. Effect of local dual frequency sonication on drug distribution from polymeric nanomicelles // Ultrason Sonochem. 2011.-N4 [Epub ahead of print].
123. Islam S., Loewenthal M.R., Hoffman G.R. Use of peripherally inserted central catheters in the management of recalcitrant maxillofacial infection // J. Oral Maxillofac.Surg. - 2008. - Vol.66, N2. - P.330-335.
124. Kim I.K., Kim J.R., Jang K.S., Moon Y.S., Park S.W. Orbital abscess from an odontogenic infection // Oral Surg. Oral Med. Oral Pathol. Oral Radiol. Endod. - 2007. - Vol.103, N1. - P. 6-9.
125. Koch F., Breif P., Marrogiun B.B., Gawehn J., Kunkel M. Abscess of the orbit arising 48 h after root canal treatment of a maxillary first molar // Int. Endod. J. - 2006. - Vol. 39, N8. - P. 657-664.
126. Kolodziejczyk J., Olas B., Wachowicz B., Szajwaj B., Stochmal A., Oleszek W. Clovamide-rich extract from *Trifolium pallidum* reduces oxidative stress-induced damage to blood platelets and plasma // J. Physiol. Biochem. - 2011. - N 5. [Epub ahead of print].
127. Krautsevich L, Khorow O. Clinical aspects, diagnosis and treatment of the phlegmons of maxillofacial area and deep neck infections // Otolaryngol. Pol. -2008. - Vo.62, N5. - P. 545-548.
128. Leung K.P., Crowe T.D., Abercrombie Y.Y. Biological control of oral biofilm formation an antimicrobial decapeptide // Dent. Res. - 2005. - Vol.84. - P.1172-1177.

129. Lida Y., Honda K., Suzuki T., Matsukawa S., Kawai T., Shimahara T., Chiba H. Brain abscess in which *Porphyromonas gingivalis* was detected in cerebrospinal fluid // *Br. J. Oral Maxillofac. Surg.* - 2004. – Vol. 42, N2. - P. 180.
130. Limeres J., Tomás I., Alvarez M., Diz P. Empirical antimicrobial therapy for odontogenic infections // *Oral Surg. Oral Med. Oral Pathol. Oral Radiol. Endod.* - 2005. – Vol. 100, N3. – P.263–264.
131. Litterio M., Bianchini H., Carloni G., Di Martino A., Fernández Canigia L., Greco G., "In vitro" activity of ten antimicrobial agents against anaerobic bacteria. A collaborative study, 1999-2002 // *Rev. Argent. Microbiol.* – 2004. – Vol. 36, N3. – P.130–135.
132. Matijević S., Lazić Z., Nonković Z. Clinical efficacy of ampicillin to treatments of acute odontogenic abscesses // *Vojnosanit. Pregl.* – 2009. - Vol.66, N2. – P.123–128.
133. Matijević S., Lazić Z., Kuljić-Kapulica N., Nonković Z. Empirical antimicrobial therapy of acute dentoalveolar abscess // *Vojnosanitetski Pregled.* – Belgrade, 2009. - Vol.66, N7. – P.544–550.
134. Mayr S., Rosner S. Cavitation in dehydrating xylem of *Picea abies*: energy properties of ultrasonic emissions reflect tracheid dimensions // *Source Tree Physiol.* – 2011. – Vol.31, N1. – P.59-67.
135. McGuinness G.B., Wylie M.P., Gavin G.P. Ablation of chronic total occlusions using kilohertz-frequency mechanical vibrations in minimally invasive angioplasty procedures // *Crit. Rev. Biomed. Eng.* – 2010. – Vol.38, N6. – P.511-531.
136. Mohammed-Ali R.I., McGurk M. Atypical fulminating dental infections // *Dent. Update.* – 2008. – Vol.35, N6. – P.420-424.
137. Mubarakova L. N. Yakhin R. G., Salikhov K. M. Possibilities and most informative parameters of electronic paramagnetic resonance in the diagnosis of acute odontogenic purulent infections // *XVth Congress of the*

- European Association for Cranio-Maxillofacial Surgery, 5-9 September 2000, Edinburgh International Conference Centre in Journal of Cranio-Maxillofacial Surgery. – Vol. 28(Suppl. 3). – P.82
138. Rahimov R.Kh., Shahabiddinov T., Asedova E., Ryanskay N. The effect of resonance infrared therapy on blood T cells and skin lesions in psoriasis in children Journal of the European academy of dermatology and venerology, Vol.14, Supplement 1, September 2000
139. Rakhimov R.Kh. Narrow-spectrum infrared radiation: a method for correction of immunodeficiencies International journal on immunorehabilitation, May 2000, Volume 2, Number 3, ISSN 1562-3629. – 106c.
140. Rakhimov R.Kh. Resonance Therapy by Means of Narrow-spectrum Ceramic Infrared Emitters: A New Approach to Preventing and Treating Diabetes Mellitu Program & Abstracts. The Endocrine society's 82nd Annual Meeting. June 21-24, 2000, 353, 93p.
141. Rega A.J., Aziz S.R., Ziccardi V. B. Microbiology and antibiotic sensitivities of head and neck space infections of odontogenic origin // J. Oral. Maxillofac. Surg. - 2006. - Vol.64, N9. – P.1377–1380.
142. Rotimi V.O., Salako N.O., Mokaddas E., Philip L. , Rajan P. High frequency of isolation of antibiotic-resistant oral Viridans streptococci from children in Kuwait // J. Chemother. - 2005. –Vol.17, N5. – P.493–501.
143. Sakkas N., Schoen R., Schmelzeisen R. Orbital abscess after extraction of a maxillary wisdom tooth // Br. J. Oral Maxillofac. Surg. - 2007. – Vol.45, N3. - P. 245-256.
144. Soballe B., Poole R.-K. Ubiquinone limits oxidative stress in Escherichia coli // Microbiology. – 2000. – Vol.146, Pt .4. – P.787-796.
145. Stefanopoulos P.K., Kolotronis A.E. The clinical significance of anaerobic bacteria in acute orofacial odontogenic infections // Oral Surg. Oral Med. Oral Pathol. Oral Radiol. Endod. - 2004. - N 98(4). - P. 398-408.

146. Storoee W., Haug R.H., Lillich T.T. The changing face of odontogenic infections // J. Oral Maxillofac. Surg. – 2001. – 59, N7. – P.739-748.
147. Wagner K.W., Schon R., Schumacher M., Schmelzeisen R., Schulze D. Case report: brain and liver abscesses caused by oral infection with Streptococcus intermedius // Oral Surg. Oral Med. Oral Pathol. Oral Radiol. Endod. - 2006. – Vol.102, N4. - P. 21-23.
148. Witherow H., Washan P., Blenkinsopp P. Midline odontogenic infections: a continuing diagnostic problem // Br. J. Plast. Surg. - 2003. – Vol.56, N2. - P. 173-175.
149. Zakharov Y. A., Mubarakova L. N. The morpho-physiological research of the center of sharp odontogenics purulent-inflammatory diseases using a complex of physical methods // Official publication of the European Association for Cranio-Maxillofacial Surgery. XVIth Congress of the European Association for Cranio-Maxillofacial Surgery, 3-7 September 2002, Muenster, Germany in Journal of Cranio-Maxillofacial Surgery. – Vol. 30(Suppl. 1). – P. 165.
150. Zhi-hong Xu. Current status and prospect of prevention and treatment of oral diseases by integrative medicine // Chinese Journal of Integrative Medicine. – 2007. - Vol.12, N 4. – P. 241-243.