

**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ
УЗБЕКИСТАН**

**САМАРКАНДСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ
ИНСТИТУТ**

На правах рукописи

УДК:616.31-018.4-002-08

АБДУФАТТОВ ЖАХОНГИР АБДУТОЛИБОВИЧ

**ЖАҒЛАРНИ ЎТКИР ЙИРИНГЛИ ПЕРИОСТИТЛАРИ БИЛАН
БЕМОРЛАРНИ ДАВОЛАШ САМАРАДОРЛИГИНИ ОШИРИШ
ЙЎЛЛАРИ**

5A510401— хирургическая стоматология

Диссертация на соискание академической степени магистра

**Научный руководитель:
PhD, Ибрагимов Д.Д.**

Самарканд – 2023 год

Содержание

ВВЕДЕНИЕ	3
ГЛАВА I. ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ	6
1.1. Современные представления об этиологии, патогенезе, клинике, диагностике и лечении гнойно-воспалительных заболеваний челюстно-лицевой области	6
1.2. Микробиологические аспекты одонтогенной инфекции	14
1.3. Характеристика основных групп микроорганизмов при гнойно-воспалительных заболеваниях челюстно-лицевой области	16
1.4. Антибиотикотерапия одонтогенной инфекции	23
1.1.5. Резистентность основных одонтогенных патогенов к антибактериальным препаратам	26
ГЛАВА II. МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ	31
2. Общая характеристика клинических наблюдений.....	37
3.2.3. Методы забора и транспортировки материала, оценка приемлемости полученных образцов.....	37
4.2.4. Идентификация микроорганизмов.....	38
2.5. Определение чувствительности.....	39
2.6. Статистическая обработка результатов	40
ГЛАВА III. КЛИНИКА И ЛЕЧЕНИЕ ОСТРОГО ГНОЙНОГО ОДОНТОГЕННОГО ПЕРИОСТИТА ЧЕЛЮСТЕЙ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ТРАДИЦИОННЫХ МЕТОДОВ	42
ГЛАВА 4	
КЛИНИКА И ЛЕЧЕНИЕ ОСТРОГО ГНОЙНОГО ОДОНТОГЕННОГО ПЕРИОСТИТА ЧЕЛЮСТЕЙ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ РАСРВОРА ТАНТУМ ВЕРДЕ»	51
ЗАКЛЮЧЕНИЕ	61
ВЫВОДЫ	66
СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ	67

ВВЕДЕНИЕ

Актуальность исследования. 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 (Нестеров А. В., Лебедев М. В., Захарова И. Ю., 2017).

В общей структуре стоматологических заболеваний частота ГВЗ ЧЛЮ колеблется в пределах 55% (Байриков и др., 2014, Карпов и др., 2014).

Несмотря на то, что первичная профилактика ГВЗ ЧЛЮ, заключающаяся в своевременной санации очагов хронической одонтогенной инфекции, является наиболее эффективной, ранняя диагностика и лечение позволяют снизить риск возникновения наиболее серьёзных осложнений ГВЗ ЧЛЮ (Шерешовец и др., 2012).

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.* (Шалабаева и др., 2012, Pitts N. 2011), свидетельствующая о том, что в этиологии ГВЗ ЧЛЮ играет роль и условно-патогенная флора.

Известно, что структура возбудителей ГВЗ ЧЛЮ может существенно различаться в разных регионах мира (Gaynes R., Edwards J.R., 2015). Кроме того, в разных регионах возбудители ГВЗ ЧЛЮ могут проявлять различный уровень резистентности к рекомендуемым для лечения этой патологии антибактериальным препаратам (А.В.Гончаровой 2011). Подтверждением этому служит неодинаковая клиническая эффективность одних и тех же режимов антибактериальной терапии ГВЗ ЧЛЮ в различных регионах (Червинец и др., 2013, Petersen P. E. 2009).

Таким образом, при разработке режимов антибактериальной терапии ГВЗ ЧЛЮ необходимо учитывать не только спектр возможных патогенов, но и региональные особенности профиля их резистентности.

Цель исследования: на основании клинико-лабораторных и функциональных методов исследования предложить рациональный комплекс лечения при острых гнойных одонтогенных процессах челюстно-лицевой области с использованием препаратов раствор декасан и спрей стоморад.

Задачи исследования:

1. Изучить при острых гнойных одонтогенных процессах челюстей микробный пейзаж и цитологическую картину раны после вскрытия гнойного очага.
2. Изучить особенности клинико-лабораторных и функциональных показателей в динамике у пациентов с данной патологией при традиционном методе лечения.
3. Разработать рациональный комплекс лечения гнойно-воспалительных процессов ЧЛЮ с применением препаратов раствор декасан и спрей стоморад.
4. Провести сравнительную оценку полученных результатов при традиционном и рекомендуемом комплексном лечении.

Научная новизна:

Научная новизна работы заключается в том, что впервые изучены особенности клинического течения острых гнойных одонтогенных процессах челюстей с использованием препаратов раствор декасан и спрей стоморад. По данным клинических и дополнительных методов исследований отмечена положительная динамика послеоперационного течения гнойной раны. Оптимизированы методы комплексного лечения острых гнойных одонтогенных процессах челюстей.

Практическая значимость:

Проведенные исследования позволили обосновать целесообразность применения данного способа в процессе консервативного лечения пациентов, страдающих гнойно-воспалительными заболеваниями челюстно-лицевой области. Эффективность данного способа способствует снижению финансовых затрат в ходе стационарного лечения пациентов и уменьшает сроки их временной нетрудоспособности.

Апробация работы и реализация результатов.

Основные положения диссертации доложены, и обсуждены на международном научно-практической конференции «Актуальные вопросы современных научных исследований» 29 Апреля 2022 года, город Душанбе, Республика Таджикистан. Научно-практической конференции с международным участием «Болезни современной цивилизации: междисциплинарные исследования» СамГМУ 16 Февраль 2023г.

По материалам диссертации опубликовано 9 печатных работ из них 4 тезисов и 5 журнальных, 2 республиканских, 3 зарубежных статьи в научно-практических журналах рекомендованных ВАК.

Структура и объем диссертации

Диссертация изложена на 20 листе машинописного текста, иллюстрирована ___ рисунками, ___ таблицами. Состоит из введения, 4 глав, заключения,

выводов, практических рекомендаций и списка литературы, включающего ____
отечественных и __ иностраннных источников.

Глава 1. ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ

1.1. Современные представления об этиологии, патогенезе, клинике, диагностике и лечении гнойно-воспалительных заболеваний челюстно-лицевой области

Сильный острогнойный одонтогенный воспалительные заболеваний челюстно – внешний площади сталкивается в 30% от всех конфигураций одонтогенных заболеваний [31]. На поликлиническом способе у хирургов-стоматологов сильный острогнойный флюс сталкивается ежеминутно и составляет 14,6 9% всех обращений. В структуре ходильных эксплуатационных вмешательств, после предоставленным Священник М. (2017), скорейший значимость (53,35%) одалживает флюс верхней и нижней челюсти.

Гнойно-воспалительные заболевания челюстно-лицевой площади доминируют в корпоративнее текстуре зуболечебной патологии. Они составляют от 10 до 30% хирургических болезненных зуболечебных поликлиник, и 50-60% больных, госпитализируемых в специализированные зуболечебные стационары (Н. Алексеева, Д. Никитюк, А. Глухов 2013). Располагает пространство прогресс их числа с 30%) в 1980 годку до 46,8% в 2000 годку (Байриков И. , Монаков В. , Савельев А. , Монаков Д.

Обозначается установка к распространению хода для порядочно анатомических областей, пространной деструкции костяной ткани, повышению атипично текущих процессов, их осложнений (медиастинит, гнилостный шок, токсико-инфекционный психоз, асфиксия) (Бармашева А. Это все удостоверяет о потребности последующего исследования природы предоставленных заболеваний и поиска новых, аргументированных с точки зрения этиологии и патогенеза, методов лечения.

Острогнойный ход при остром периостите челюстей возможно струиться по принципу нормэргической воспалительной реакции квалифицироваться небольшим и признаками интоксикации. Совместно с тем, островоспалительный ход около предоставленном заболевании возможно струиться по гипер- или гипозэргическому типу. Медленные проявления периостита, недостающее развинчивание и высвобождение острогнойного источника около надкостницей водят к развитию долговременного воспалительного хода [31].

Акцентируют корпоративные и местные признаки заболевания. К числу корпоративных признаков причисляют вялость, разбитость, больно́й, тем более если в младенческом году малолеток останавливается капризным, понижается аппетит, продвижение температуры в рубежах 37,1-37,5°C [49,75]. Аборигенным признакам заболевания у болезненных причисляются асимметрию личики посредством оте́ка податливых мануфактур лица. Оте́к податливых мануфактур явственно сопоставляется с присутствием инфильтрата десны в площади «причинного» зуба. При осмотре полости рта обозначается существование «причинного» зуба. Перкуссия «причинного» зуба болезненная. В первую очередь с вестибулярной стороны альвеолярного отростка локализуется инфильтрат. Пальпация инфильтрата активизирует болезненность. Слизистая десны в проекции инфильтрата гиперемирована, оте́чна, переходная складочка сглажена, около пальпации возможно отслеживаться признак флюктуации. При локализации хода для верхней челюсти отек испускается на подглазничную область, сторону носогубной борозды, верхнюю губу; офтальмологическая щелку сужена сиречь закрыта. При периостите исподней челюсти отек мануфактур ланиты испускается на поднижнечелюстную область. В месте непринужденного соприкосновения мануфактур личики с гнойным источником замечается воспалительная инфильтрация податливых мануфактур с гиперемией дерматологического покрова, раскручиваются лимфаденит и периаденит поднижнечелюстных лимфоидных узлов.

Против наступательный розыск патогенетически аргументированных лекарств предупреждения и лечения предоставленной нозологии и внедрение их в практику, присутствуют материалы о возрастании тяжести движения заболеваний, что, видимо, обусловлено повышением вирулентности микроорганизмов, вытребованным адаптационно-приспособительными реакциями микроорганизменной клетки, и приростом иммуноскомпроментированных лиц (наркоманы, болезненные сладким диабетом и др.) (Блинова А., Иво́нина Н., Каргина К., Дрегалкина А.

Разработка свежеепеченных противобактериальных препаратов, продолжение диапазона их антимикробного воздействия не сокращают обилие воспалительных процессов, не поддающихся антибиотикотерапии, и количество осложнений, завязывающихся благодаря их применения (Дрегалкина А., Герасимова Л., Чантырь И. 2010, Pitts N., Amaechi V., Niederman R. По достоверным сведениям Каршиева Х. (1997) драматические гнойно-воспалительные заболевания 4ЛЮ и их осложнения (тромбоз пещеристого синуса, фурункул мозга, сепсис) в 0,56% случаев представляются первопричиной смертельного исхода.

При бактериологическом разысканье отпиливаемого обнаруживаются стафилококки, стрептококки и их ассоциации, зачастую протей, кишечная палочка. При изучении Царёвым В. (1993) биологических качеств назначенных микробов фиксировано существование фенотипических признаков патогенности, просвещение экзотоксина токсического шока (Серебренникова Е. , Дрегалкина А. При медиастините благодаря заразы совершенных клетчаточных мест шейки да акцентируют перемешанную флору, подсоединяющую аэробы {Staphylococcus spp. , Enterobacteriaceae, P. aeruginosa) и анаэробы {Fusobacterium necrophorum, F. nucleatum) (Беневоленской Л.

По достоверным сведениям литературы (Нестеров А. , Лебедев М. , Захарова И. 2017), применение поступательных способов врачевания дозволило уменьшить смертельность при контактном одонтогенном медиастините с 60-75% до 38–45%. Робустова Т. , Губин М. с соавт. (1996) информируют об улучшении итогов врачевания и снижении смертности около медиастинитах в 1988-1994 гг. до 15,3%, ну а в корпоративнее команде нарастающих флегмон - пред 0,5%. Смертность, объединенная с инфекционным медиастинитом одонтогенной этиологии, в Соединённых Штатах Америки сочиняет приблизительно 40-50% (Consolaro А.

Менингит, произведенный S. aureus, сочиняет безукоризненно 1-9% случаев бактериального менингита, смертельность при нем раскачивается через 14 пред 77% (M. Bellamine, L. Ousehal, J.

1.2. Микробиологические аспекты одонтогенной инфекции

Во множестве случаев воспалительные заболевания мануфактур челюстно-внешний площади завязываются в конечном итоге их инфицирования микрофлорой, вегетирующей в полости рта, для дерматологических покровах башки (Akinbami В. Возбудители одонтогенных воспалительных заболеваний — такие микроорганизмы, какие естественно водятся в составе долговременной микрофлоры полости рта (Шаргородский А. , 1985). Континуум «одонтогенная» что касается к данной команде заболеваний употребляется исключительно дабы уточнения локализации входа заразы (Фомичев Е. , Поройский С. , Кирпичников М. , Ярыгина Е.

Флора полости рта представляет собой труднейшую фигуру биоценоза, в какой уживаются аэробы, добровольные и необходимые анаэробы, доставленные бесчисленными вариантами грамположительных и грамотрицательных бактерий. Численные и высококачественные изменения в составе симбионтов предоставленного биотопа, повреждение их взаимодействия с макроорганизмом играют разрешающее свойство в

происхождение таковых величественнейших нозологических форм, будто кариоз зубов и пародонтит (Леонтьева Е. , Быковская Т.

Оглавление микробов в зубном налёте сочиняет от 10 до 1000 млрд. (Климова И. , Изюмов А. , Щелкунов К. 2015), в кариозных полостях и задних отделах спинки слога через 43 млн. до 5,5 млрд. в 1 г материала. Вообще в биоценозах дядьку проживает пред 10¹⁴-15 микроорганизмов, т. превосходит количество клеток самого обладателя в 10-1000 раз. С точки зрения сегодняшних изображений ход поступления магматогенных бактерий и/или их отрывков с плоскости осклизлых во внутреннюю сферу организма приключается благодаря проницаемости осклизлых оболочек, долговременной миграции бактерий в кровь в составе макрофагов, непринужденном попадании бактерий во внутреннюю сферу организма при транслокации (травма, стресс, шок, нарушения гемодинамики, эндотоксемия и др. Представлено формирование транзиторной бактериемии спустя экстракции зуба сиречь аж около чистке зубов.

Флора полости рта находится в положении динамического равновесия, какое сформировалось в ходе долгой эволюции и поддерживается моментами иммунитета. Корпуленция проявлений, степень выраженности автохтонных признаков воспаления и торопливость их выработывания зависят от вирулентности, количества микробов, и от состояния реактивности организма (Зеленский В. , Хрипков В. , Агранович Н. , Теунаева А.

Одонтогенная зараза соединяется с безостановочно наличествующей в полости рта резидуальной полимикробной флорой, в большинстве случаев, подключающей больше 3-5 микроорганизмов.

Условно-патогенные бактерии в настоящее время смотрятся как более поступательная область эволюции микроорганизменного круга после сопоставлению с патогенными. Невысокая действительность дозволила данным микроорганизмам выработать природоохранные ниши на слизистых пленках и шкуре дядьку (Железный П. , Кобелкин М. , Изюмов А. , Апраксина Е. , Железная А. , Щелкунов К. , Железная Ю. , Белоусов Ю.

Бактериальная растительность при ГВЗ ЧЛЮ изучалась многими российскими и зарубежными авторами. В 50-х годах в источниках остеом иелитических процессов выказывались стафилококки, стрептококки, диплококки, пневмококки и остальные микробы, но чаще белоснежный сиречь пшеничный стафилококк, при флегмонах складывались эти же микроорганизмы, начиная многообразного рода анаэробы (Искендеров Р. , Журина А. , Степанян М. В 60-е возрасты экспериментаторы да фиксировали множество и непостоянство возбудителей воспалительных процессов личики и шеи. Показано систематическое существование стрептококков, естественно в

составленье с стафилококками и пневмококками. Вместе с болезнетворными возбудителями пересекались и сапрофитные варианты микробов: многообразные палочки, спирохеты, тетракокки. Персонал микрофлоры в гнойных источниках многообразной локализации был безукоризненно одинаковым, изменения выявлены в количественном и качественном составе (Дрегалкина А. , Костина И.

В 70-е возрасты возбудителями пронзительной одонтогенной заразы в основном количестве случаев являлись белоснежный сиречь пшеничный стафилококки, плотнее в варианте моноинфекции или в составленье с иной кокковой флорой, скажем со стрептококком (Дрегалкина А. , Герасимова Л. , Чантырь И.

В 90-е возрасты замерзли плотнее показывать всевозможные варианты стафилококков, что разъяснялось пространным распространением лазаретных штаммов данных микроорганизмов, частенько резистентных к многим антибиотикам и сульфаниламидным продуктам (Серебренникова Е. , Дрегалкина А. Впрочем S. la Scala, L. Schivazzappa (1984) отмечали, что при очаговых одонтогенных заболеваниях вошло в плоть и кровь в первую очередь выявлялись выказываемые в полости рта и естественно непатогенные стрептококки. По достоверным сведениям Кауе D. с соавторами (1999), спустя вытаскивания зубов до предела у 90% болезненных водилась перемешанная бактериемия, при всем при этом у 74% акцентировали озеленяющий пневмококк - главный S. mitis и S. Зачастую около бактериемии, объединенной с очагом в полости рта, изобличали да энтерококки, стафилококки и др. Подобаает располагать присутствие, что состав допустимо болезнетворной оральный микрофлоры изменчив и обусловлен возраста, гигиеничного ухода после зубами и заболеваний полости рта. Так, Дяченко Ю. (1982) установил, что при деструктивных заболеваниях пародонта в полости рта доминируют всевозможные варианты стафилококков. Тожественную микроорганизменную флору в десневых кармашках и корневых каналах выказали Kirioti E. с соавт. Шелковский В. (2008) около бактериологическом разысканье материала, приобретенного при оперативных вмешательствах для сердечко (иссечённые клапаны, вегетации, тромбы) и удалении одонтогенных очагов, подчеркнул тождественную после составу микрофлору (зеленящий стрептококк, пшеничный кокк и ассоциации) (Гандылян К. , Шарипов Е.

Разбор литературы заключительных десятилетий удостоверяет о том, что стафилококки представляются генеральными вариантами бактерий, устанавливающими формирование острогноного процесса.

Флора около воспалительных процессах в полости рта при серозном воспалении препровождена зеленящими и негемолитическими стрептококками

кроме пакетного антигена, энтерококками; при гнойном - пшеничными стафилококками и β -гемолитическими стрептококками; при гнилостном - пептострептококками, вейлонеллами, бактероидами, бациллой протей, кое-какими клостридиями. При одонтогенных воспалительных процессах акцентируются болезнетворные кокки, в частности пшеничные болезнетворные стафилококки, β -гемолитические стрептококки (Боровский Е. , Леонтьев В. , 2011).

По достоверным сведениям Шаргородского А. (2011) около периодонтитах, периоститах флора заразительного источника плотнее водилась препровождена стрептококком. При одонтогенных остеомиелитах превосходила анаэробная флора, в 50% случаев складывался *S. aureus*, а да *Streptococcus spp.* При абсцессах орбиты акцентировали перемешанную флору: анаэробы (*Peptostreptococcus spp.* , *Bacteroides spp.* , *Veillonella spp.* , *Fusobacterium spp.*), и аэробы (*Streptococcus spp.* , *Staphylococcus spp.* , *Eikenella spp.* Флегмоны клетчаточных мест шейки в 86% случаев активизировали ассоциации аэробов и анаэробов: *aureus*, *S. pyogenes*, *F. nucleatum*, *Peptostreptococcus spp.* , *Bacteroides spp.* Возбудителями драматического одонтогенного гайморитического синусита у совершеннолетних ходили неспорообразующие анаэробы (*Peptostreptococcus spp.* , *Bacteroides spp.*), а да *H. influenzae*, *S. pneumoniae*, необыкновеннее *Moraxella catarrhalis*, *S.*

Герасименко Д. и соавт. (1981) около бактериологическом разысканье содержимого гайморитических пазух в 75,9% случаев акцентировали один или несколько вариантов микроорганизмов, из них 75,6% относились стафилококкам. До предела в 75% случаев стафилококки высеивались в варианте монокультур у лиц с острым воспалительным процессом. При переходе заболевания в долговременную фигуру пшеничный и эпидермальный стафилококки определялись, будто правило, в варианте разнообразных ассоциаций с прочими вариантами бактерий сиречь грибков. Радиочастота показывания микроорганизменных ассоциаций и количество вариантов в ней возрастало сообразно повышению давности заболевания. Магомедов М. (2002) сообщает, что острых синуситах плотнее только обнаруживал существование *S. pneumoniae* (23—43%), *H. influenzae* (22—35%), *M. catarrhalis* (2—10%). *pyogenes* и анаэробы в его исследовании сочиняли 3—7%. По достоверным сведениям Ушкаловой Е. (2016) *S. pneumoniae* больше чем в 50% случаев представлялся возбудителем драматического бактериального и хронического синусита. К другим бактериям, выказываемым у больных с синуситами, причислялся *S.*

В последнее время всегда плотнее сообщается, что при разысканье гноя из очага воспаления, он оказывается «стерильным», т. на использованных сферах

не раскрывается прогресс бактерий. Первопричина сходственного прецедента охватывается имеется в наличии анаэробной микрофлоры, прогресс в обыкновенных сферах для которой невозможен. По достоверным сведениям Балина В. (1987), Дмитриевой Н. , Хазановой Н. (1987) около использование исключительно способов культивирования в аэробных соглашениях прогресс микрофлоры был приобретен в 65,6-70% наблюдений. Расследование болезненного материала для специфических калорийных сферах и в строго анаэробных соглашениях дозволило обнаружить прогресс микробов у 96,3-100% болезненных (Спевак Е. , Цымбал А.

Этиологическую значимостей анаэробов в происхождение острогнойной одонтогенной заразы фиксировали в своих изучениях (Уракова Е. , Ильина Р. , Алеева М. , Лексин Р. Свойство анаэробов в этиологии гнойно-воспалительных заболеваний челюстно-лицевой площади воспроизведено в работах (Фукс Е. , Карева Ю. , Гализина О. , Таболина Е. 2013), облигатно-анаэробные микроорганизмы собрали 73,2% через количества всех назначенных штаммов при одонтогенных остеомиелитах челюстей. О преобладании необходимых анаэробов при инфекциях полости рта информируют (R. Nakim, J. Babish, A. 2012) показали, что при одонтогенных флегмонах неспорообразующие анаэробы сочиняли через 57,3% пред 67,7% штаммов и от 50% пред 60,6% к числу исследованных больных.

Основное пространство промежду анаэробов одалживают агенты семейства бактероидов {*B. fragilis*, *B. melaninogenicus*, *B. asaccharolyticus*, *B.*

soagii, *F. nucleatum*, *F.* Они составляют 60-75% через всех назначенных штаммов анаэробов (Ismail A. , Tellez M. , Pitts N. , Ekstrand K. Анаэробные грамположительные (пептококки, пептострептококки, анаэробные стрептококки) и грамотрицательные (вейлонеллы) кокки оформляют через 28% пред 34,6% через корпоративного числа анаэробных штаммов (Otto S. , Hafner S. , Mast G.

Анаэробные микроорганизмы готовы продуцировать в ткани ферменты, эндотоксины, метаболиты (Calvode Mora J. 2006) свидетельствуют эти данные чертой воздействия дезоксирибонуклеазы и гепариназы. Некоторые анаэробы акцентируют пероксидазу, супероксиддисмутазу и каталазу, какие споспешествуют увеличению стабильности бактерий в кислородной среде.

О значительной протеолитической предприимчивости анаэробов извещает Petersen P. Величественным моментом патогенности анаэробов Votta G. , Frimiadi C. , Costa A. (2005) полагают нестойкие плодородные кислоты, какие могут являться лейкотоксинами. При абсцессе мозга одонтогенного возникновения анаэробы встречаются в 40-100% случаев, из них в 20-40% - *Prevotella* spp. , *Bacteroides* spp. (Шаргородский А. , 2011).

В исследованиях заключительных полетов направляет для себя увлечение случай возрастания основнее значительности ассоциаций микробов в развитии одонтогенных гнойно-воспалительных процессов. Ассоциации 2-6 вариантов микробов акцентируются у 60% - 90% болезненных с одонтогенными воспалительными процессами (Pitts N. , Amaechi B. , Niederman R. Флора препровождена предпочтительно ассоциациями необходимых и добровольных анаэробов, и аэробов. Разыскиваясь в перемешанных культурах, бактерии входят в антагонистические и синергические взаимоотношения. Данным разъясняется значительное отягощение медицинской картины заболевания около присутствии перемешанных анаэробно-аэробных ассоциаций (Агапов В. , Арутюнов С. , Шулаков В. , 2014).

Единодушно предоставленным российских и иностранных исследователей, значимость перемешанных инфекций в структуре ГВЗ неуклонно возрастает, достигая 49-84% около нагноении податливых мануфактур и остеомиелитах. Агенты энтеробактерий, например, колибактерия, и стафилококк располагают синергизмом с бактероидами, что дает возможность анализировать их яко микробов-индикаторов предоставленного варианта анаэробной заразы в определённых биотопах.

В настоящее время всё огромное свойство в развитии одонтогенных заболеваний завоевывает сочетательная грибково-бактериальная форма. Тут располагает свойство существование у подобных болезненных ответственных низкоприоритетных заболеваний (сахарный диабет, опухоли, туберкулёз и т.), неразумное исцеление больных сегодняшними лекарствами терапии (антибиотики, кортикостероиды, цитостатики и т.) и счет потерян прочих моментов. Необходимо обдумывать к тому же только обстоятельство, что в полости рта имеются сапрофитирующие микроорганизмы, разыскивающиеся промежду собой в пребыванье динамического равновесия, какое сформировалось в ходу эволюции и поддерживается моментами иммунитета, обеспечивающими гомеостаз. При отмеченных больше заболеваниях и состояниях баланс промежду отдельными вариантами микроорганизмов, помещающихся в грибково-бактериальные ассоциации, нарушается, завязывается дисбактериоз, вслед каким приключается функциональное копирование гибридной флоры, обуславливающей исключительно настойчивые после своему направлению воспалительные процессы.

В клинической микробиологии большущее увлечение уделяется оценке численных признаков бактериальной обсеменённости острогнойных ран. Изыскания Сулейманов А. , Мингазов Г. , Салыхова Г. 2012) показали, что видовой персонал микрофлоры не отражает ступень предприимчивости регионального и корпоративного заразительного процесса, и не имеет

возможности обнаруживаться правдивым аспектом степени бактериальной загрязнённости раны. По строя авторов, определение нахождения бактерий в 1 г ткани, арестованной из глубины раны, разрешает поставить ее бактериальную обсеменённость, действенность заразительного хода и эффективность лечения. Так, количество вирусов в биоптатах, арестованных у больных с легкой и средней степенью тяжести движения воспалительного хода 4ЛЮ, собрало через 1-2-10 пред 2-10 КОЕ/г, а при нелегкой ступени — через 2-4-10 пред 2-4-109 КОЕ/г.

Следовательно, единодушно сегодняшним познаниям о микроорганизменном составе острогнойных академий челюстно-лицевой области, в ипостаси возбудителей выступают агенты сочетательной аэробно-анаэробной бактериальной флоры. Анаэробная растительность препровождена и облигатными, и добровольными бактериями. Повреждение непринужденного биологического равновесия в микробных ассоциациях выставило на ведущее пространство в этиологии раневый заразы условно-патогенную микрофлору. Уместное обнаружение состава гибридной микрофлоры, установление численных соотношений внутри микроорганизменных ассоциаций, прогноз изменений межвидовых пропорций с определением господствующих микробов располагают большое значение в исследовании способов лечения.

1.3. Характеристика основных групп микроорганизмов при гнойно-воспалительных заболеваниях челюстно-лицевой области

Пронзительная одонтогенная зараза - одна из животрепещущих заморочек прогрессивной хирургической стоматологии [Bellamine M. Bellamine, L. Ousehal, J. Kissa 2012. В последнее время обозначилась установка к изменению заразительных этиологических моментов вырабатывания одонтогенных инфекций. Промежду их возбудителей всегда плотнее обнаруживаются агенты условно-патогенной и облигатной микрофлоры. Анаэробно-аэробная организация микробов определена у 67,39% болезненных [Consolaro A. По достоверным сведениям В. Царева и Р. Ушакова, для численность ана-эробных бактерий требуется до 70% микроорганизменной флоры острогнойной раны. С ростом количества заболеваний, объединенных с одонтогенной инфекцией, усиливается и радиочастота не-удовлетворительных итогов их лечения, какая добивает 21,3-27,6% [Искендеров Р. , Журина А. , Степанян М.

Порядок сложного врачевания болезненных с гнойно-воспалительными заболеваниями челюстно-лицевой площади (ГВЗ ЧЛЮ) зависит от возраста больного, корпоративного и иммунологического состояния организма, норова и тяжести регионального болезненного процесса, варианта инфекции, патогенности возбудителей острогнойного и гнойно-некротического процесса,

их чувствительности к антибактериальным продуктам [М. Соловьев, О. Большаков, Д.

Генеральным способом врачевания болезненных ГВЗ ЧЛО остается хирургический. Эксплуатационное впутывание организывает обстоятельства для оттока гноя из поднадкостничного сиречь клетчаточного пространств, убавления внутритканевого давления, что обессиливает валяйся и способствует стиханию воспалительных явлений. Операция охватывает в себя обнаружение и дренажирование острогнойного очага, направление "причинного" зуба для создания вывода гноя, форсирования некролиза, лимитирования площади распространения некроза, нормализации микроциркуляции, усовершенствования регенерации и создания негативных соглашений для жизнедеятельности микроорганизмов.

Внушительное количество академических служб отдано реакционному исцелению ГВЗ. Приличествует розыск свежеиспеченных способов лечения, предложено применение препаратов, какие изменяют иммунитет хорошенько воздействия для показателя клеточного (В-лимфоциты) и гуморального иммунитета (Т-лимфоциты), ватерпасы иммуноглобулинов, показатели фагоцитоза, активизируют выработку лизоцима, содержащегося в всех мануфактурах организма, в том числе и в полости рта. Одним из таких препаратов представляется хитозан, использование которого сочетают с направлением препаратов, низкоинтенсивного лазерного излучения.

Единодушно предоставленным исследований, ежели при лечении недалеких острогнойных процессов возможно уладиться кроме употребления противобактериальных препаратов, ведь при распространенных нагноительных процессах от них исключительно отказаться. Противобактериальная физиотерапия остается неустранимой сочиняющей стратегии врачевания заразительной патологии. Впрочем неразумное использование антибиотиков представляется первопричиной явления резистентных штаммов микроорганизмов, стабильных к их действию.

Благородная радиочастота одонтогенной заразы и неудовлетворительные итоги ее врачевания устанавливают потребность микробиологических изысканий около сложном обследовании болезненных с одонтогенными воспалительными заболеваниями ЧЛО.

Безостановочно изменяющаяся радиорезистентность микрофлоры к антибиотикам в ходе их использования об—условливает надобность в периодическом исследованье и раскрыть результативных противомикробных препаратов.

1.4. Антибиотикотерапия одонтогенной инфекции

За прошедшие десятилетия, накоплен внушительный ненормальный эксперимент и обобщены опытные материалы после исцелению гнойно-воспалительных одонтогенных заболеваний (Сулейманов А. , Мингазов Г. , Саляхова Г. В данных работах утверждается, что лечение одонтогенной заразы вероятно комплексным, предварительно только этиотропным (противобактериальным), а да патогенетическим, другими словами командированным для регуляцию патофизиологических процессов в источнике воспаления и восстановление преступленных функций организма, а да для модуляцию иммуногенетической реактивности организма. Изобретена групповая дифференцированная кода врачевания для основании оценки выраженности синдрома магматогенной интоксикации (Фомичев Е. , Яковлев А. , Ярыгина Е. , Кирпичников М. , Ефимова Е. 2017), выучено воздействие острогнойного источника в ЧЛЮ на ступень интракраниальный интоксикации (Уразаева А. , 2013). Материалы Тайченачева А. , Колесникова А. , Золотовой С. , Овчаренко А. (1999) о прогнозе иммунного гомеостаза у болезненных с одонтогенными абсцессами выказана активизация фагоцитоза, продвижение иммунорегуляторного индекса, у больных с флегмонами установлена совершенная впадина функций иммунитета. Обнаружены волнообразное движение и фазность иммуногенетических показателей, что располагает свойство для понимания их патогенеза и обоснования способов иммунокорригирующей терапии.

Предпосылками оптимизации лечебно-профилактических событий представляется сложное расследование элементов патогенеза, критика химиотерапевтической эффективности, фармакокинетики, свидетельство фармакотоксикологических и иммунофармакологических качеств свежеспеченных целебных средств. Одним из напряженно развивающихся течений изысканий представляется расследование иммуномодулирующего и противовосполительного воздействия антибиотиков и небиологических химиопрепаратов (Никитин А. , 2010).

Величественным шагом в лечении одонтогенной острогнойной заразы представляется антибиотикотерапия. Генеральными задачами противомикробной терапии представляется профилактика септикопиемических осложнений, предостережение перехода транзиторных конфигураций воспаления костяной ткани в остеомиелит, распространения гнойно-воспалительного хода на соседние клетчаточные места (Крылов Ю. , Зорян Е.

Противобактериальные вещества одалживают необыкновенное пространство в излечение острогнойных процессов, кардинально воздействуют для движение и финалы заболеваний, но не замещают хирургическое вмешательство. Свидетельствуют такие материалы Constantinidis J. , Steinhart H. , Zenk J. , Iro H. Основное и разрешающее в подборе противобактериального вещества - это возбудитель и его значительность к выбранному продукту (Бочоришвили В. , 1990). Антибиотики входят в сложные реципрокные взаимоотношения с инфекционными агентами, с одной стороны, и с иммунной налаженностью макроорганизма — с другой (Шаргородский А. , 1985, 2011; Ушаков Р. , Царёв В. , 2013). Окончательный счет воздействия антибиотика на клетки обуславливается будто местной концентрацией продукта в источнике воспаления и в клетке, этак и стадией многофункционального состояния клетки-эффектора. Счет врачевания обусловлен того, будто выработается согласование в системе микроорганизм - организм - антибиотик. Совершенная гибель возбудителя изо организма болезненного приключается не исключительно в итоге воздействия противобактериального препарата, но при непременно участии собственных, предварительно всего, иммунологических, предохранительных элементов человека. Из перечисленных первопричин незадач противобактериальной терапии преимущественно злободневной и трудно разрешимой представляется формирование резистентности микробов к антибиотикам. Радиочастота раскрытия стабильных штаммов усиливается в подневольности через широты использования продукта (Acar J. , Franconal S. , 2012). Для борьбы с резистентностью микробов не постоянно безоговорочно синтезировать свежее испеченные антибиотики, в ряде всевозможных случаев предовольно рассудительно утилизировать уже известные.

В существе противобактериальной терапии постоянно покоится экспериментальный выбор. Данный разбор господствует (до 80%) в большинстве лекарственных созданий страны, что, к сожалению, объединено со слабостью микробиологической основы (Дмитриева Н. , Петухова И. с соавт. , 2011).

Впрочем необходимо помнить, что экспериментальная физиотерапия соответственна основываться на сведениях, приобретенных в проспективных изучениях (Фукс Е. , Карева Ю. , Гализина О. , Таболина Е. При адекватной исходной противобактериальной терапии приблизительно в 2 раза опускается смертельность у больных с ангиогенными инфекциями (Ibrahim E. , 2010).

Первенствующей представляется моноантибиотикотерапия, преимущественное предназначение препаратов больше неширокого диапазона действия, исключительно в вариантах длительного лечения. При назначении композиции антибиотиков подобает обдумывать их совместимость, что при поставленной условности поможет избежать негативных следствий (снижение производительности и др.

Ряд исследователей утверждают, что болезненным с неугнетенной реактивностью довольно предназначить бактериостатические антибиотики, для тяжелобольных с угнетенной реактивностью должно предназначение антибактериальных антибиотиков. Бактерицидность завоевывается необходимой концентрацией препаратов и благородной чувствительностью микрофлоры к антибиотику.

Прогрессивные химиопрепараты из группы цефалоспоринов, макролидов и фторхинолонов вместе с благородной химиотерапевтической отдачей обнаруживают основательное иммуностропное действие: активизируют фагоцитоз и внутриклеточную деструкцию возбудителей, увеличивают гуморальный и клеточный аутоиммунный протест (Akinbami B.

В последнее время основное пространство в химиотерапии гнойно-воспалительных заболеваний начали цефалоспорины. Агенты четвертого поколения цефалоспоринов располагают больше пространством диапазоном воздействия и огромной стабильностью к β -лактамазам. Заработаны функциональные оральные цефалоспорины второго (цефаклор) и третьего (цефспан) поколений, какие разыщи пространное использование в клинике (Омельяновский В. , Попов Ю. , 2011). Цефалоспориновые антибиотики (цефтазидим и др.) нормализуют соответствие про- и противовоспалительных цитокинов, сокращают уровень функциональных конфигураций воздуха и защищают биологические макромолекулы от оксидативного стресса около воспалении.

Как показывает эксперимент врачевания болезненных с раневой инфекцией, в 40-60% случаев в ранах податливых мануфактур многообразного генеза (особенно при острых острогнойных заболеваниях) сберегается грамположительная флора, сентиментальная к цефалоспорином I и II поколения (Bonehill J. 2010), да рекомендует около разнообразных нозологических конфигурациях ходильных инфекций шкурки и мягких тканей, иногда неотчего думать существование грамотрицательной микрофлоры, приспособлять оральные цефалоспорины 1-й поколений, обеспечивающие благородную медицинскую действительность (более 90%). Относительный разбор диапазона воздействия и активности противобактериальных препаратов многообразных групп, и извещения обо их фармакокинетике показали, что подходящими ради сложного врачевания флегмон около выделении добровольных и облигатных микробов могут существовать антибиотики линкозаминного ряда. Аминогликозиды представляются антибиотиками пространного диапазона действия: воздействуют для грамположительную и грамотрицательную флору. Преимущественно знаменитым в практической хирургии представляется гентамицин. Данный стрептомицин обнаруживает активность, как правило, о аэробных бактерий, впрочем легонько конструктивен и о анаэробной инфекции. Фторхинолоны представляются высокоэффективными противомикробными препаратами, к ним чувствительны больше 40 вариантов микроорганизмов. Некоторые фторхинолоны уничтожают индукцию экзотоксинов микроорганизмов. Необыкновенностями фармакокинетики ципрофлоксацина представляются внушительный размер распределения, невысокое координирование сывороточными белками, превосходная биодоступность около способе внутрь, долгожданное местонахождение в организме, создание многообразными механизмами (Bellamine M. Отлично от бета-лактамов, ципрофлоксацин обнаруживает стремительное антибактериальное воздействие для клеточки будто синфазно роста, так и в неподвижной фазе (Zeiler H. , 1985). Критика производительности ципрофлоксацина около бедственных инфекциях шкурки и дерматологических текстур представила исцеление в 81% случаев, а агробактериологический спецэффект - в 87%. Аэрозольтерапевтический спецэффект у больных с инфекциями шкурки и податливых мануфактур собрал 72-100%. Разновидность текстуры молекулы спарфлоксацина дозволила кардинально увеличить действенность продукта в касательстве грам+ микрофлоры (стафилококк, пневмококк) около сохранении предприимчивости о грамотрицательных бактерий, характерной прочим фторхинолонам (Яковлев В. , Крутиков М. , Блатун А. , Изотова Г. , Гришина И. , 2010). Обусловленные возможности в лечении гнойно- септических заболеваний обнаружались принимая во

внимание с внедрением в практику выводных G-фторхинолона и, в частности, офлоксацина (Ismail A. , Tellez M. , Pitts N. , Ekstrand K. Использование офлоксацина разрешает реализовать принцип «ступенчатой» противобактериальной терапии (Губин М. , Лазутиков О. , 2012). Использование фторхинолонов с принципиально свежее испеченной химической текстурой (нолицин, сифлокс, таривид, абакал) после аккредитив антибактериального результата активизирует гибель микроорганизменных клеток сейчас через совсем немного часов.

Протянули «второе рождение» макролиды. Они характеризуются да противовоспалительным действием, в частности, после аккредитив убавления освобождения противовоспалительных цитокинов (Pitts N. , Amaechi B. , Niederman R.

Многокомпонентность микроорганизменных ассоциаций устанавливает потребность веревка антибиотиков, функциональных о генеральных возбудителей инфекции. Одним из таковых препаратов представляется антибиотик — гликопептидный антибиотиков, ингибирующий синтез клеточной стены бактерий, конструктивный бактерицидно на многие грамположительные микроорганизмы: стафилококки (включая MRSA штаммы), стрептококки, энтерококки и др. (Блатун Л. , Крутиков М. с соавт. , 2010).

Создание сочетанных препаратов с клавулановой кислотой - один из способов преодоления бактериальной стабильности и увеличения производительности противобактериальной терапии инфекций. Клавулановая углекислота уничтожает предпочтительно плазмидные бета-лактамазы стафилококков, энтерококков, начиная TEM-бета-лактамазы, свободно разблаговещенные как среди грамположительных кокков, аналогично энтеробактерий, псевдомонад, гемофильной палочки, нейссерий и мораксел. К числу превосходств амоксициллин/клавулановая углекислота (А/КК) причисляется выработка продукта в двух целебных формах: для приема вовнутрь и парентерального введения, что обуславливает вероятность употребления его в строях «ступенчатой» терапии. Благородная действительность А/КК около излеченье абсцессов, целлюлитов определена тем, что преимущественно нередкими возбудителями данных заболеваний представляются *S. pyogenes*, *S. aureus*, *H. influenzae* (два последних, будто правило, БЛ- образующие). А/КК после ступени производительности сопоставим с пероральными цефалоспоридами II поколения, но вызывает меньше второстепенных реакций.

По достоверным сведениям Sensakovic J. с соавт. (1995) исключительно орально употребляемые композиции ингибиторов β -лактамаз, таковые как амоксициллин/клавулановая кислота, демонстрируют превосходную действенность насупротив *H. influenzae*, *M. catarrhalis*, *Staphylococcus spp.*, *Streptococcus spp.*

С клинической позиции преимущественно действенными группами препаратов остаются ампицидин или амоксициллин, имипенем из категории карбапенемов, аминогликозиды, а да гликопептидные антибиотики (тейкопланин или ванкомицин) (Беляев А., 2014).

По Ушакова Р. (1992), ради врачевания гнойно-воспалительных заболеваний челюстно-лицевой площади большущее свойство располагают извещения обо предприимчивости противобактериальных препаратов в касательстве анаэробной микрофлоры.

Pitts N. 2014 рекомендуют для лечения анаэробной инфекции, активизированной грамотрицательными палочками, свободно приспособлять метронидазол, тинидазол. Сформулированные антибактериальные качества нитроимидазолов о большинства анаэробных бактерий свидетельствуют остальные авторы, извещает о благородной предприимчивости нитазола к бактериоидам. К данному противобактериальному продукту водились впечатлительны вокруг 100% *B. melaninogenicus*, 80% *B. asaccharolyticus*, *B. oralis*, 94,4% прочих бактериоидов.

Как не прискорбно, в современной хирургической практике не имеется в наличии всепригодного средства, даровитого изничтожить всё многообразие микрофлоры в источнике одонтогенного воспаления. Оттого некоторые творцы распознают желательность разработки разумных композиций противомикробных препаратов. Экспериментаторы распространяются из того, что спектр противомикробной предприимчивости композиций противомикробных лекарств многообразных компаний обхватывает все выделенные при одонтогенном воспалении ассоциации, исключительно около гибридной аэробно- анаэробной флоре. Хитросплетение определённых противобактериальных препаратов представляется одним из путей преодоления антибиотикорезистентности по Алексеева Г.

Разбор препаратов для комбинированного врачевания вырабатывают с учетом много факторов: норова взаимодействия антибиотиков промежду собой, воздействия антибиотиков для микроорганизменную клетку, необыкновенностей взаимодействия бактериостатического и антибактериального результатов антибиотиков, кое-каких аспектов персонального веревка антибиотиков.

Часто при одонтогенной заразы требуется сочетать антибиотики с бактерицидным и бактериостатическим эффектом, около данном вероятно синергидное, аддитивное и реже безразличное действие. Ежели возбудитель малочувствителен к антибактериальному антибиотику и поболее сентиментален к бактериостатическому, ведь плотнее замечается синергизм, ежели навыворот - плотнее выявляется антагонизм.

Всякое хитросплетение антибиотиков обязано существовать обосновано механизмом корпоративной фармакодинамики, и приспособлять такое хитросплетение подобающе исключительно в тех случаях, иногда монотерапия оказывается безрезультатной или клиническое движение гнойно-воспалительного заболевания незамедлительно завоевывает сурово нелегкое течение.

Как не прискорбно, в практике клинициста зачастую завязывается ситуация, иногда должно предназначать противобактериальную терапию пред уточнения этиологии заболевания. В подобных вариантах употребляется принцип этак нарекаемой экспериментальной или стартовой противомикробной терапии. Данный принцип устроен для совокупности предоставленных об эпидемиологической обстановке, медицинской картине и патогенезе заболевания, иммунном статусе больного, его возрасте.

Некоторые творцы рекомендуют около одонтогенной заразы использование обыкновенных методик противобактериальной терапии. Преимущественно действенными для лечения пронзительных острогнойных заболеваний личики и челюстей, текущих будто «сильная» инфекция, Petersen P. (2009) полагает сочетания метронидазола с гентамицином, метронидазола с сизомицином сиречь метронидазола с ампиоксом, а для лечения «слабых» инфекций — эритромицина с метронидазолом или олеандомицина с метронидазолом.

Подчеркивая 4 типа пронзительных воспалительных процессов в челюстно-лицевой площади и шеи, Губин М. , Лазутиков О. , Лунёв Б. (2018) рекомендуют предпринимать исцеление с применения при 1 образе (гнойное воспаление) — с цефалоспоринов I поколения; при 2 образе (гнойно-некротическое) — сочетания цефалоспоринов II-III поколений с аминогликозидами (цефотаксим, цефобид и гентамицин); при 3 образе (гнилостно-некротическое) — сочетания препаратов фторхинолонового строя с выводными нитроимидазола; при 4 образе (гангренозное) - антибиотиков пенициллинового строя со специфическим исцелением (противогангренозная сыворотка). Существенно отметить, что в порекомендованных схемах приспособабливаются антибиотики «двойного действия». Кое-какие цефалоспорины (цефотаксим), отдельные свежеиспеченные макролиды и азалиды, линкосамиды располагают иммуномодулирующим действием.

Как нам сообщают Навашин С. , Фомина И. (2013), Костюченко Б. , Блатун Л. , Маршак А. (2011), Alexander M. (2008) постоянно должно устремляться к бактериологическому доказательству диагноза и проведению меткой этиотропной антибиотикотерапии.

Автохтонные и иностранные творцы выделяя авторитетность микробиологического мониторинга, рекомендуют последующую схему: стен материала для выделения микробов с использованием аэробной и анаэробной техники, блицанализ с получением итога для поступающий день, технологии античной микробиологии (результаты посредством 2-7 и поболее дней).

Эксперты утверждает, что на основном рубеже идентификации возбудителей (экспресс-методика) рекомендуют приспособлять бактериоскопию врожденного материала, досмотр болезненного материала в ультрафиолетовых лучах, люминесцентную микроскопию и газожидкостную хроматографию.

Совершенное бактериологическое свидетельство подразумевает применение способов анаэробного и аэробного культивирования микроорганизмов, и разрешает унаследовать антибиотикограмму посредством 2 дней для аэробов, посредством 7-10 дней - для анаэробов. Для сокращения сроков извлечения антибиотикограмм предполагаются убыстренные технологии нахождения впечатлительности микрофлоры к антибиотикам .

Следовательно, противомикробная физиотерапия представляется величественнейшим лекарственным событием при острых одонтогенных гнойно-воспалительных процессах. Разбор противомикробного продукта вынужден изготавливаться с учётом варианта возбудителя и впечатлительности его к антибиотикам, производительности прошлых курсов лечения, токсичности продукта и т. Кроме, при назначении противобактериальной терапии существенно обдумывать генеральные правила и принципы разумной антибиотикотерапии. Для выбора этиотропных антибиотиков с учетом вероятной второстепенной стабильности возбудителей спрашивается протянуть установление впечатлительности микробов — антибиотикограмму. Немаловажным изъяном бактериологических изысканий будет то, что определение впечатлительности возбудителей к антибактериальным продуктам одалживает 1-2 дней для аэробов и 5-10 дней ради анаэробов.

1.5. Резистентность основных одонтогенных патогенов к антибактериальным препаратам

Вселенское академическое содружество осмыслило неперспективность бездейственного взаимоотношения к процессам происхождения и распространения резистентности, поелику оно неизбежно приводит к проигрышу дядьку в борьбе с микроорганизмами на популяционном уровне. Радиорезистентность к антибиотикам возможно сформироваться в движение

главных двух полетов его применения или же на данной стадии медицинских испытаний (Страчунский Л. с соавт.

Дмитриева Н. , Петухова И. с соавт. (2011) ориентируют на изменение таксономической текстуры возбудителей заразительных осложнений и их чувствительности к антибиотикам, что обуславливает настойчивую потребность долговременного слежения за ними и их биологическими свойствами. В соотношении от профиля стационара и диапазона употребляемых антибиотиков в любом стационаре (а в многопрофильной больнице - в любом подразделении) складывается своя экосистема, характеризующаяся превосходством этих или иных возбудителей, адаптированных к конкретным условиям.

На протяжении дальнейших 10 лет клинические лаборатории нашли, что процент штаммов *S. pneumoniae*, резистентных к пеницилинам и цефалоспорином, увеличился. Превосходило бессимптомное носительство пенициллин-резистентных пневмококков - 59%. Преимущественно разблаговещены постоянные и целомудренно постоянные штаммы стафилококка к стрептомицину - 85% (Палий В. , 2017). В последнее время свободно распустились метициллинрезистентные штаммы, усилилась да значимостей коагулазоотрицательных стафилококков. Большущую значимостей в снижении впечатлительности играет предшествующее противобактериальное лечение. Так, после предоставленным Богданова М. , Черненькой Т. (2000) порция штаммов *S. aureus*, стабильных к оксацилину, до и спустя назначения антибиотика собрала 5 и 38 % соответственно, а порция штаммов коагулазонегативных стафилококков - 18 и 43 %.

Reinert R. , Lutticken R. , Bryskier A. , Al-Lahham A. (2013) информируют о данных многоцентрового исследования, отчерченного в Германии. Присутствует четкая установка к росту стабильности стрептококков к макролидам. Не было выявлено штаммов *S. pyogenes*, резистентных к бензилпенициллину и левофлоксацину. Радиочастота резистентности к эритромицину собрала 13,7%.

Надежность медицинских штаммов *E. faecium* к гликопептидам впервинку водилась изображена напоследок 80-х годов (Романенко И. , Конев С. , Гандылян К. , Елисеева Е. , Лысенко М. , Апагуни А. , Крохмаль С.

Антибиотикотерапия останавливается неэффektivной, иногда обилие резистентных штаммов превосходит некоторый лиминальный уровень. Эти результаты медицинских изысканий в равной границе причисляются как к возбудителям внебольничных, аналогично к возбудителям внутрибольничных инфекций.

Уклон и эксплицированность резистентности возбудителей нозокомиальных инфекций в многом зависит от профиля медицинского выделения и традиций употребления антибиотиков тут-то отделении.

Разрез резистентности возбудителей внебольничных инфекций естественно различается не исключительно в многообразных странах, но также в разных ареалах державы (в множестве корпоративных ради державы традиций использования антибиотиков).

Гудкова Е. , Юдина Н. , Ласточкина Т. , Будевская Т. (2015) выказали промежду стафилококков величайшую частоту стабильных вариантов что касается к линкомицину, пенициллину, ампициллину и гентамицину (77,7-61,1%). Да обнаружены изоляты, постоянные к эритромицину и канамицину (38,9 и 33,3% соответственно), цефалексину и цефтазидиму (по 11,1%), цефуроксиму, цефепиму, цефтриаксону и оксациллину (по 5,6% стабильных культур). Что касается к цефотаксиму, цефазолину, цефокситину, цефоперазону, меропенему, имипенему, ципрофлоксацину, рифампицину, ванкомицину, амикацину и амоксициллину промежду стафилококков не показано стабильных вариантов (100% чувствительность). По достоверным сведениям (Балин В. , Каршиев Х. , Музыкин М. , Иорданишвили А. , 2017), лазаретные штаммы стафилококков располагают радиорезистентность к бензилпенициллину 96,3%, к ампициллину 84,8%, к тетрациклину 20,5%, к карбенициллину 85%, к гентамицину 3,5%, к линкомицину 2,1%. Нескончаемый эксперимент использования ципрофлоксацина демонстрирует, что радиорезистентность к нему медицинских штаммов вирусов развертывается сравнительно медленно, впрочем уже имеется довольно торжественный коэффициент стабильности к нему у *S. aureus* и *P. aeruginosa* (П. Сильный и др.

Энтеробактерии, назначенные от пациентов с периодонтитом, характеризовались бесконечно благородными ватерпасами и частотой стабильности к антибиотикам. Все изученные изоляты энтеробактерий обнаруживали надежность или умеренную надежность к цефазолину, цефалексину, линкомицину, гентамицину, ампициллину, оксациллину, амоксициллину и левомицетину. Величайшую действенность обнаруживали карбенициллин (25% сердцещипательных культур), цефотаксим, цефепим, цефтазидим, цефтриаксон, меропенем, имипенем, ципрофлоксацин и канамицин (по 18,7% сердцещипательных культур).

Следовательно, извещения о впечатлительности микрофлоры острогнойных источников к антибактериальным лекарствам достаточно противоречивы, многообразны и представляют порядочный энтузиазм в смысле выполнения соответственной химиотерапии болезненным воспалительными заболеваниями. Вследствие присутствия в очагах воспаления гибридной аэробно-анаэробной

микрофлоры основательно обременяется экспериментальный разбор антибиотика, и в этой связи отчетливо увеличивается потребность подбора противобактериальных препаратов с учетом предоставленных микробиологического исследования.

Внушительные раскачивания ватерпаса резистентности микробов к многообразным противобактериальным средствам, созерцаемые не столько в различных регионах, однако ведь даже в многообразных отделениях многопрофильных лекарственных учреждений, обнаруживают пронзительную потребность последующего исследования областных необыкновенностей болезнетворной флоры, при ГВЗ ЧЛО в частности, с мишенью оптимизации прочерчиваемой целой противобактериальной терапии.

1.1.3.Современные принципы лечения острого гнойного одонтогенного периостита челюстей

Главное порядка исцеление одонтогенного периостита челюсти это оперативное впутывание охватывается во вскрытии субпериостального абсцесса и удалении инфицированного зуба. Для обеспечения вывода экссудата должно пространное разъединение надкостницы. Безвкусное впутывание с глубоким продвижением скальпеля возможно повергнуть неодинаковому осложнений так верхней и нижней челюсти. При вскрытии абсцессов для небной плоскости советуется высекать участок ослизлой оболочки с надкостницей ради предупреждения безвременного склеивания краев раны. Долговременные хлебогрызки вытаскивают около неосуществимости реакционного лечения. Операция вытаскивания зуба и обнаружение субпериостального абсцесса прокладываются на протяжении одного вмешательства, преимущественно около корпоративным обезболиванием. Генеральная проблема врачевания долговременного одонтогенного периостита — гекатомба родника инфекции. При своевременно начатом и конкретно прочерчиваемом излеченье неполноценный центр подвергается возвратному развитию. При длительно протекающем заболевании вторично воздвигнутое молоденькое костяное существо преобразовывается в зрелую высокоскле-розированную кость. Ход завершается гиперостозом, исцеление какого (хирургическое) исполняется после показаниям. [4, 10, 11, 15, 24] Классические технологии лечения. Физиотерапия драматического острогнойного одонтогенного периостита челюстей обязана быть комплексной, подключающей в себя всеобщей и автохтонное исцеление (с учётом патогенности назначенной микрофлоры, её впечатлительности к противобактериальным препаратам, образу движения драматического воспалительного процесса) [41]; Фундаментальной рецепт регионального врачевания радиохирургический обнаружение поднадкостничного абсцесса и

его дренирование. Если «причинный» резец белоснежный не сопровождается косметической и функциональной ценностью не может быть реконструирован терапевтическими методами, ведь его удаляют. Если этиологический зуб является безостановочным и представляет функциональную авторитетность то его предохраняют первоначально выработывая оттек посредством выработок зуба. Хирургической акции предотвращается специализированная значимость в сложном излечении болезненных с острогночными заболеваниями ибо никакая прочая физиотерапия не приведёт к успеху, если не будет актуально вскрыт и дренирован центр острогночного воспаления [8]. Для местного обезболивания приспособлять последующие прогрессивные препараты «Ультракаин» 4%-й раствор, «Ультракаинфорте» 4%-й раствор, «Суперкаин» 2%-й состав и др. Использование современных автохтонных анестетиков сокращает риск, выработывая корпоративных взыскательных осложнений, в том числе анафилактический шок, сильный инфаркт миокарда, слабогипертонический припадок и др. [45, 66]; Болезненным с подвижной психикой советуется обнаружение источника около парентеральным обезболиванием. Советуется изготовлять карьер для всю, длину воспалительного инфильтрата. При локализации инфильтрата для небосводе естественно прямолинейный карьер мешает достоверного вывода острогночному экссудату, благодаря чему подобает в центре инфильтрата избить треугольной стати лоскут, захватывающий оклизлюю с участком надкостницы, установить дренаж из полосы стерильной перчаточной резины и пришить её к краю царапины одним главным кетгутовым швом [9,27,52,53, 55,56,59,61,63,68,73]. В одно время с периостотомией около потребности выработывают направление «причинного» зуба после показанием. Вероятно его сохранение, если он представляет косметическую сиречь многофункциональную авторитетность с хорошо проходимыми корневыми каналами, а да возможно предназначать опорой мостовидного протеза [24]. Для антисептической отделки острогночной царапины и её дренирования советуется утилизировать прогрессивные противобактериальные препараты: состав мирамистина 0,0 1%-й, хлоргексидина биглюконата 0,0 5%-й, диоксида состав димексида, состав димексида с оксациллином в 50г мл дистиллированной воды; состав роккала; 1%- спиртный состав хлорофиллипта [2, 9, 19, 30,39, 63, 65]. Липатов К. и соавт. рекомендуют ради врачевания острогночной царапины и её дренирования в первой фазе воспаления приспособлять состав йода в поливинилпирролидоне (повидон-йод,бетадин), а так же мази на гидрофильной основе в стадии гранулирования раны. Запрещать использование бетадина у лиц с повышенной чувствительностью к йодсодержащим препаратам. Для увеличения производительности врачевания

острогнойных академий в ЧЛЮ и полости рта в том числе при остром периостите челюстей, плодотворно использование дренирующих сорбентов на основе естественных и небιологических полимеров, базисных и неорганических соединений, сильно различающихся после своей текстуре и свойствам-«Гелевин», «Лизосорб», «Сипралин», «Фармасорб» с использованием звукового порядка контроля за состоянием репарации тканей. По достоверным сведениям медицинского изыскания Шоминой С. и соавт. подтверждена эффективность, промывания острогнойной царапины около одонтогенном периостите челюстей 1%-м раствором хитозана на 0, 2%-м гидрофитном растворе соляной кислоты в составление с раствором метиленового василькового и облучении инфракрасным лазерным излучением. Царапины зарубцовывались на протяжении 2- 3 суток. Регионально должно придерживаться холодильник 1,5- 2 часа. Щипский А. и соавт. рекомендуют ради отделки острогнойной царапины в полости рта утилизировать ксероформ «Биопаг», образованный полигексаметиленгуанидина гидрохлорида. Они отмечают, что данный ксероформ индуцирует антибактериальную действенность на аэробные и анаэробные микроорганизмы, а в том же духе на дрожжеподобные блицы в меньше концентрации (0,0 5%-й раствор), нежели хлоргексидина биглюконат, и обладает маленькими второстепенными эффектами, нежели последний. Присутствие увеличенной температуры туловища больше 37,5°C назначается противовосполительная физиотерапия с использованием антибиотиков пространного диапазона действия. В хирургической стоматологии ческой практике естественно болезненным с пронзительными воспалительными заболеваниями костяной ткани определяют остеотропные противобактериальные препараты, какие в известной границе предпочтительно накапливаются в костях [54,58]. По литературным данным, разыщи использование около излечение драматического одонтогенного периостита челюстей антибиотики остеотропного действия: антибиотики тетрациклинового строя (тетрациклина гидрохлорид, доксициклина гидрохлорид, ассенизационный стрептомицин «Олететрин», метациклина гидрохлорид), антибиотики категории линкомицина (линкомицина гидрохлорид, клиндамицин), препараты фузидина (фузидин-натрий), аугментин, препараты категории фторхинолонов-ципрофлоксацин, макролиды и азалиды рокситромицин и азитромицин [5,28,31, 60,62, 67,78]. Зубков М. (2003), Kuriyamaandall. (2007) большущую значимостей в вырабатыванье гнойно-воспалительных процессов отчуждают неспецифической анаэробной инфекции. При лечении больных с превазированием анаэробов советуется утилизировать метронидазол, амоксициллин, цефалоспорино вые антибиотики 3-го поколения после общепризнанной схеме[30, 31,42]. По литературным предоставленным

«Элюдрил Офлокаин-Дарница » в милосердной практике разыщи довольно пространное использование при различных болезненных процессах [7, 12, 16, 18, 21, 33]. По применению продукта «раствора декасан и спрей стоморад» у каких болезненных с пронзительными острогнойными периоститами челюстей в составе сложной терапии велось повседневное дезинфицирующее отделки послеоперационной царапины осклизлой оболочки полости рта и назначение яко выполаскивание оральной полости 5-6 раз сутки на протяжении всей местонахождение в отделение болезненного пред погасание воспалительного хода около пронзительных одонтогенных воспалительных процессах ЧЛЮ имеются исключительно индивидуальные сведения [22]. Должно отметить, что применение продукта «Тантум верде» в стоматологической практике около пронзительном острогнойном одонтогенном периостите челюстей у болезненных вновь не изучено с позиций клинико-лабораторных (микробиологических, цитологических,) исследований, что и явилось основанием для проведения предоставленного академического исследования. При остром серозном одонтогенном периостите направление этиологического зуба приводит к выздоровлению. Затиханию воспалительных явлений споспешествует предназначение физиотерапевтических способов врачевания (УВЧ в нетеплопроводной дозе, согревающих компрессов, повязки после Дубровину, флюктуоризации, проблесков гелий- неоновом лазера и др. При остром острогнойном периостите обманывают направление зуба, послужившего родником инфекции, ежели он не представляет многофункциональной и косметической ценности. В одно время с вырыванием зуба вырабатывают обнаружение поднадкостничного абсцесса. Карьер осуществляют во время три зубов, разрезая осклизлую пленку и надкостницу после переходной складке до кости. Для предупреждения склеивания краев царапины ее дренируют. Дренаж сохраняют в ране на 1-2 суток. Спустя анатомирования абсцесса для категорическом небосводе вырабатывают высекание незначительного филиала податливых мануфактур (треугольной формы). При всем при этом не происходит склеивания краев царапины и поддерживается беспроигрышное дренажирование абсцесса нёба. если, иногда островоспалительный центр располагается с язычной сторонки исподней челюсти, флюс анатомируют прямолинейным разрезом, некоторый осуществляют больше места перехода осклизлой оболочки альвеолярного отростка в подъязычную область. В послеоперационный момент болезненным определяют лекарственное лечение: антибиотикотерапию определяют исключительно обессиленным личикам сиречь с сопутствующими заболеваниями; сульфаниламидные препараты; успокоительные средства; усыпительные препараты. Принимая во внимание без отдачи, что у

болезненных пронзительным одонтогенным периоститом челюстей выявлено существование заблаговременной микроорганизменной сенсibilизации, которую возможно устранить, обманув характер неспецифической гипосенсibilизирующей терапии, всем им определяют следующие препараты: димедрол, диазолин, супрастин и др.

Для удаления гноя, выделяющегося из раны в полость рта, и быстреего рассасывания воспалительного инфильтрата определяют полоскания полости рта (40-42°C) горячим раствором раствора «Бактизева» после 3-4 раза в сутки. Для антисептических полосканий возможно утилизировать адонилен цветочков ромашки, календулы, листка шалфея и прочих целебных растений. Смещение в полости рта (при полоскании) горячей массы раствора представляется действенной гидротермотерапевтической процедурой, споспешествующей быстреему уничтожению воспаления. Применение ради данных монокристаллических растворов больше благородной температуры активизирует вялые действия в источнике воспаления.

Пристальное внимание необходимо предоставлять исцелению регионарного лимфаденита, так как это отягощение возможно перешагивать в самостоятельно имеющееся расстройство и этим в значительной границе увеличивать сроки потери трудоспособности больных. На 2-е - 3-й дни болезненным определяют УФЧ-терапию в атермической дозе, флюктуоризацию. Для лечения разнообразных осложнений возможно да приспособлять согревающие полуспиртовые компрессы перед сном, электрофорезис с калием йодидом, магнитные аппликаторы, проблески гелий-неонового лазера. Для того предостережения драматического гайморита, некоторый возможно завязаться как осложнение одонтогенного периостита премоляров и моляров верхней челюсти, необходимо предназначать повседневное использование (в движение 5-6 суток) сосудосуживающих целебных лекарств и методы физиотерапии.

Глава 2.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

2.1. Общая характеристика клинических наблюдений

В основу службы предположены медицинские наблюдения и исследования, проделанные для кафедре хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии Самаркандского правительственного милосердного института за данный период с 2021 по 2023 годы. Свидетельство представляется клинико-лабораторным, и велось для складу выделения челюстно-лицевой хирургии «Городской милосердной объединение». Все пациенты водились раздроблен па две группы: больные с классическим исцелением (21 человек), у каких болезненных с пронзительными острогнойными периоститами ЧЛЮ групповая врачевания велось классическим методом; и пациенты с рекомендуемым комплексным исцелением (22 человек), у каких болезненных с острыми острогнойными периоститами челюстей в составе сложной терапии велось повседневное дезинфицирующее отделки послеоперационной царапины осклизлой оболочки полости рта препаратом Декасан и спрей Стоморад. Кроме стрептомицин предназначили яко выполаскивание оральный полости 5-6 раз сутки на протяжении всей местонахождение в отделение болезненного пред погасание воспалительного процесса.

2.1. Распределение пациентов с острыми одонтогенными процессами по возрастным группам и полу ($M \pm m$)

Возраст Т ные группы пациен т ов (годы)	Пол							
	Мужчины (n = 25)				Женщины (n = 18)			
	Группа с традиционным лечением		Группа с рекомендуемы м лечением		Группа с традиционным лечением		Группа с рекомендуемым лечением	
19-25	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%

	3	6,9 %	1	2,3%	1	2,3 %	2	4,6 %
27-50	6	13,9 %	5	11,6 %	2	4,6 %	5	11,6 %

Старше 50 лет	6	13,9 %	4	9,3 %	3	6,9%	5	11,6 %
Сумма	15	34,8 %	10	23,2 %	6	13,9%	12	27,9 %
Всего	Абс. 25 58,1 %				Абс. 18 41,9 %			
Итого	Абс. 43. 100%							

Всего на лечении находились 25 (58,1%) мужчин с острыми одонтогенными периоститами, из них у 15 (34,8%) использовались традиционные методы лечения, а у 10 (23,2 %) у которых больных с с острыми гнойными периоститами верхней и нижней челюсти в составе комплексной терапии проводилось ежедневное антисептическое обработки послеоперационной раны слизистой оболочки полости рта препаратами Декасан и спрей стоморад. Кроме того препарат назначили в качестве полоскание ротовой полости 5-6 раз сутки в течение всей пребывания в отделение больного до стихание воспалительного процесса. Среди 18 (41,9 %) женщин, находящихся на лечении, традиционные методы использовались у 6 (13,9%) человек, а рекомендуемое комплексное лечение — у 12 (27,9%). Возрастной состав пациентов, согласно группам распределения, был примерно одинаковым. Таким образом, группы пациентов были разделены, как по возрасту, так и по полу, что позволяет при интерпретации результатов исследования возраст и пол обследованных (табл. 2.2).

2.2

Локализация одонтогенных воспалительных процессов в области челюстных костей. n= 43

Возрастные группы пациентов (в годах)	Локализация воспалительного процесса							
	Верхняя челюсть				Нижняя челюсть			
	Мужчины		Женщины		Мужчины		Женщины	
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
19-25	3	6,9 %	2	4,6 %	2	4,6 %	2	4,65 %
27-50	7	16,27 %	4	9,3%	6	13,95 %	5	11,62 %
Старше 50 лет	3	6,9 %	2	4,6%	4	9,3%	3	6,97 %
Сумма	13	30,2,8 %	8	18,6%	12	27,9%	10	23,24 %
Всего	Абс. 21 48,8%				Абс. 22 51,2%			
Итого	Абс. 43 100%							

Как следует из табл. 2, острый одонтогенные процессы в области верхней челюстей выявлен у 21 (48,8%) человек, нижней-челюсти у 22 (51,2%). Отмечено, что острые одонтогенные процессы верхней челюсти так и на нижней челюсти почти одинаковой тенденции. Сравнение возрастных аспектах больше всего одонтогенные воспалительные процессы встречается в 41 лет и у старших, что составляет среднем 25-26% особенно у мужского пола.

Кроме того, нами проанализированы частота отдельных групп «причинных» зубов, явившихся источниками воспалительных процессов, и локализация коллатеральных отеков мягких тканей лица (табл. 2.3).

Таблица 2.3

Частота отдельных групп «причинных» зубов при одонтогенных воспалительных процессах локализация коллатерального отека в области мягких тканей лица. n=43

Формула «причинного» зуба	Общее количество «причинных» зубов		Локализация коллатерального отека мягких тканей лица
	Абс.	%	
Верхняя челюсть			Область верхней губы, крыла носа, подглазничной области
Центральные резцы: 11,21	3	6,9%	
Боковые резцы: 12,22.	4	9,3%	
Клыки: 13, 23	3	6,9%	
Премоляры 14,15,24,25	2	4,65%	
Первые моляры: 16, 26	8	18,6%	Околоушно-жевательной, щёчная, скуловая области
Вторые моляры: 17, 27	6	13,95%	

Третье моляры: 18, 28	2	4,65%	Щёчная, скуловая,
Нижняя челюсть			Ткани нижней губы, угла рта, подбородка, нижнего отдела щёчной области. щёчной, околоушно- жевательной области
Центральные резцы: 31,41	2	4,65%	
Боковые резцы: 32, 42	2	4,65%	
Клыки: 33, 43	2	4,65%	
Первые моляры: 36, 46	5	11,6%	
Вторые моляры: 37, 47	3	6,9%	
Третье моляры: 38, 48	1	2,3%	подчелюстной областей
Итого	43	100%	

Думается из табл. 3, плотнее только родником выработывания пронзительных одонтогенных процессов верхней челюсти являлись главные моляры — у 13 (30,2%) пациентов, для втором месте вторые моляры - у 9 (20,93%), впоследствии побочные и основные резцы - у 6(13,9%) и 5 (11,6%) пациентов. При всем при этом в соотношении от локализации «причинного» зуба складывался боковой отёк податливых мануфактур лица: передная команда зубов - сторону верхней губы, покрывала носа, подглазничной области. На нижней челюсти преимущественно ежеминутно входными воротами заразы являлись главные моляры — у 5 (11,6%) пациентов, на втором месте главные вторые моляры - у 3 (6,9%) пациентов. Материалы показатели согласуется с медицинскими разысканиями автохтонных и иностранных ученых. Боковой отек при всем при этом податливых мануфактур личики

локализовался последующим образом: от центральных резцов пред вторых премоляров - ткани исподней губы, угла рта, подбородка, нательного отдела щеки. Ежели входными воротами заразы являлись моляры, то коллатеральный отёк податливых мануфактур личики складывался в площади нательного и среднего отдела щёчной области, околоушно-жевательной и подчелюстной областей.

По достоверным сведениям писательских предоставленных на исподней челюсти на первом месте первопричиной коллатерального отека по части исподней челюсти представляется некачественный цокольный первый моляр, для втором - бесспорный цокольный первый моляр, на третьем - вторые моляры исподней челюсти.

При обследовании больных с пронзительными одонтогенными периоститами употреблялись общепризнанные технологии диагностики и лабораторские изыскания контроль и консультации челюстно-лицевого доктора и прочих профессионалов по показанию.

Обходилось увлечение на внешний вид пациента: асимметрию лица, боковой отёк податливых мануфактур лица, колер дерматологических покровов. Вчуже полости рта обходилось увлечение на сглаженности переходной складки, габариты воспалительного очага, велась пальпация, перкуссия «причинных» зубов. Прodelывалась внутриротовая общительная электрорентгенография «причинных» зубов при обращении больных к врачу. Велась критика признаков корпоративного разбора менструации и мочи, биохимия крови, песок менструации при воспалительных процессов какие разыскивались на стационарном излеченье в отделении челюстно-лицевой хирургии и прочих отделении муниципальный милосердной соединение мегаполисы Самарканда. Генеральные медицинские признаки около предоставленной патологии презентованы в табл. 2.4

Таблица 2.4

Основные клинические симптомы при одонтогенных воспалительных процессах n=43

Клинические симптомы	Группа пациентов с традиционным лечением (n = 21)		Группа пациентов с рекомендуемы м комплекси, лечением (n = 22)		Итого	
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
Болевой синдром	21	100%	22	100%	43	100%
Иррадиация боли	4	9,3%	7	16,2%	11	25,5%
Коллатеральный отек мягких тканей лица	21	100%	22	100%	43	100%
Наличие «причинного» зуба	21	100%	22	100%	43	100%
Болезненная перкуссия «причинного» зуба	21	100%	14	32,5%	35	81,3%
Наличие поднадкостничного серозного очага	21	100%	22	100%	43	100%

Единодушно табл. 4, у всех 43 (100 %) больных фиксировалось существование болевого синдрома, иррадиация валяйся - у 11 (25,5%). Следовательно, в подневольности через локализации «причинного» зуба складывался боковой отёк податливых мануфактур личики в площади верхней челюсти: передная команда зубов - сторону верхней губы, покрывала носа, подглазничной области.

Боковой отек по части исподней челюсти локализовался последующим образом: от центральных резцов пред вторых премоляров - ткани исподней губы, угла рта, подбородка, нательного отдела щеки. Ежели входными воротами заразы являлись моляры, то коллатеральный отёк податливых мануфактур личики складывался в площади нательного и среднего отдела щёчной области, околушно-жевательной и подчелюстной областей.

У всех болезненных (100 %) выявлено существование «причинного» зуба, и основательная подавленность на вертикальную перкуссию у 35 (81,3%).

Вчуже полости рта у 43 (100%) больных фиксировалось существование поднадкостничного серозного очага.

2.2. Методы лабораторных исследований

2.2.1. Микробиологические и цитологические исследования

Материалом ради микробиологического изыскания представлялся экссудат спустя направление зуба. Альманах материала обманывали незамедлительно спустя акции направление зуба и спустя три суток.

Засев материала вырабатывали для чашки Петри: для культивирования аэробных микробов — 5%-й, кровещелочной агар. Для верификации болезнетворных грибков утилизировали сферу Сабуро-агар. Спустя культивирования на данных калорийных сферах назначенные культуры удерживали в сфере обогащения - тиогликолевой среде. В будущем спустя культивирования между обогащения источник вторично высевался на перечисленные калорийные среды.

Для выращивания аэробных микроорганизмов, в том количестве болезнетворных грибков, чашечку Петри с 5% кровавым агаром и чашечку Петри с Сабуро- агаром вкладывали в лабораторный термостат. Инкубировали в движение дней при температуре 37 °С.

Микроскопию мазка реализовывали спустя окраски продукта по Граму через светового микроскопа «Биолан».

Микробиологические показатели численного нахождения микробов в раневом отпиливаемом рассчитывались способом массовых разведений с определением признака «колониеобразующие единицы» (КОЕ) в 1 мл (КОЕ/мл). Концентрацией, общепринятой за микробную контаминацию

достаточной, дабы потребовать напряженное воспаление, принято свойство 105 КОЕ/мл [53].

Цитологические исследования. Материалом ради цитологического порядка изысканий представлялся мазок-соскоб из лунки отосланного зуба и также в динамике врачевания а да около воспалительных процессах верхней и исподней челюсти в сутки воззвания спустя удалении зуба и спустя три дней с того момента акции для дальнейших дней болезни. Субстрат ради цитологического изыскания арестовывали около поддержки хирургической гладилки. Спустя взятия мазка-соскоба из лунки, отпиливаемое переносили для высохшее стерильное настоящее стеклышко ближе к краткой стороне, предусмотрительно делили вторым настоящим стеклом после поверхности, маркировали, доставляли высохнуть. На протяжении главных дней спустя забора источник привозили в клинично-диагностическую лабораторию .

Расцветку цитологических препаратов вырабатывали по методу Романовского- Гимзы: поблекнувший определенный промах вкладывали в кювету с рабочим раствором красителя Романовского-Гимзы для 30 минут. Промывали, высушивали. Подсчёт клеток в мазках- продуктах царапины исполнялся способом «на 200 клеток», надеясь прибыльное содержание.

2.2.2. Методика применения препарата Декасан, и спрей Стомарад в комплекс лечение.

При лечении драматического острогнойного периостита челюстей мы впервинку использовали дезинфицирующего продукта Декасан, и спрей Стомарад. Стрептомицин использовался болезненных с пронзительными острогнойными периоститами челюстей в составе сложной терапии ежедневное дезинфицирующее отделки послеоперационной царапины осклизлой оболочки полости рта и в виде, спреия который, болезненный утилизировал сам, выпрыскивал 3 раз в период всей местонахождение в стационаре и спустя выписки дома. Кроме стрептомицин предназначили яко выполаскивание оральный полости 5-6 раз сутки на протяжении всей местонахождение в отделение болезненного пред погасание воспалительного процесса. Стрептомицин «Декасан, и спрей Стомарад» - стрептомицин свежеиспеченного поколения. При местном использованье продукта Декасан, и спрей Стомарад неплохо абсорбируется посредством осклизлые оболочки и просачивается в распаленные ткани, раскрывается в плазме менструации счетом, недостающем ради извлечения целых эффектов.

Стрептомицин Декасан, и спрей Стомарад ради регионального применения, причисляется к команде индазолов. Обнаруживает противовоспалительное и местное обезболивающее действие, располагает дезинфицирующим воздействием насупротив пространного диапазона микроорганизмов.

Механизм воздействия продукта объединен со стабилизацией клеточных пластинок и ингибированием синтеза простагландинов.

Декасан, и спрей Стомарад обнаруживает противобактериальное воздействие после аккредитив стремительного попадания посредством диафрагмы микробов с последующим повреждением клеточных структур, нарушением метаболических процессов и лизисом клетки.

Располагает противогрибковым воздействием в касательстве *Candida albicans*. Активизирует скелетные трансформации клеточной стены грибов и метаболических цепей мицетов и, таковым образом, мешает их репродукции. Это свойство показалось основанием для применения Декасан, и спрей Стомарад при воспалительных процессах в оральной полости, в т. заразной этиологии.

2.5. Определение чувствительности

Прогрессивные стандартизованные технологии нахождения впечатлительности микробов к АБП подразделяют для технологии массовых разведений и диффузионные. Технологии массовых разведений учреждены на прямом нахожденье генерального численного показателя, характеризующего микробиологическую действенность АБП - величины его минимальной запрещающей концентрации (МПК).

МПК - маленькая концентрация, удерживающая явственный прогресс исследуемого микроорганизма в бульонной культуре или на густой среде.

Для определения МПК заданные концентрации АБП записывают в калорийную среду, какую впоследствии засевают культурой исследуемого микроорганизма и после инкубации расценивают существование сиречь неимение испытываемого роста.

В соотношении от характера используемой калорийной сферы распознают технологии массовых разведений в агаре сиречь в бульоне. В соотношении от объема используемой водянистой калорийной сферы акцентируют технологии массовых макро- и микроразведений.

Разновидностью порядка массовых разведений представляется да метод, организованный на использовании исключительно двух концентраций АБП, определенных соседним значениям МПК (см. Данный принцип изыскания свободно употребляется в автоматизированных системах для определения впечатлительности микроорганизмов.

Диффузионные технологии нахождения впечатлительности учреждены для диффузии АБП из носителя в плотную калорийную сферу и подавлении роста исследуемой культуры в той зоне, где концентрация АБП превосходит МПК.

В настоящее время имеются две основные трансформации диффузионного метода: диско-диффузионный и Е-тест.

В диско-диффузионном способе в свойстве носителя АБП используют хлопчатобумажный диск. Просвещение площади пресечения роста приключается в итоге диффузии АБП из носителя в калорийную среду. В определенных рубежах мера поперечника площади пресечения роста навыворот соразмерна МПК. Впрочем диско-диффузионный рецепт разрешает исключительно стороной обсуждать о величине МПК, а результатом изыскания представляется приписывание микроорганизма к одной из категорий впечатлительности (чувствительный, предварительный сиречь резистентный).

Е-тест препровождает собой неширокую полосу полимера (0,5x6,0 см), на которую причинен микроградиент концентраций АБП (от маленьких до максимальных). Затормаживание роста микроорганизма кругом полосы Е-теста приключается исключительно в той зоне, где организация АБП, диффундирующего из носителя, больше МПК, около данном образуется каплевидная область ингибиции. Значения концентрации АБП в любом филиале носителя типографическим методом причинены на наружной (обращенной к исследователю) плоскости Е-теста. Величину МПК предусматривают в том месте, где граница площади пресечения роста основательно годится к носителю. Подробные установки по определению впечатлительности с употреблением Е-тестов прилагаются производителем к набору реактивов.

2.6. Статистическая обработка результатов

Статистическая обработка результатов исследования выполнялась с помощью пакета прикладных программ «Microsoft Office - 2010». Достоверность уровня различия сравниваемых величин оценивали с помощью 1 - критерия Стьюдента. Взаимосвязь изучаемых параметров оценивали с использованием коэффициента корреляции при уровне значимости $p < 0,05$ и $p < 0,01$.



ГЛАВА 3

КЛИНИКА И ЛЕЧЕНИЕ ОСТРОГО ГНОЙНОГО ОДОНТОГЕННОГО ПЕРИОСТИТА ЧЕЛЮСТЕЙ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ТРАДИЦИОННЫХ МЕТОДОВ

В группе пациентов, у каких приспособлялись классические технологии врачевания драматического острогноиноного одонтогенного периостита челюстей, разыскивались 21 больных. В динамике врачевания обходилось увлечение для локализацию поднадкостничного гнойника, существование асимметрии лица, локализацию инфильтрата по части альвеолярного отростка, на общее самочувствие, пропадание болей. Кроме этого, рассматривали ступень и длительность экссудации, происхождение грануляций и сроки скоротечной нетрудоспособности. К моменту выписки валяйся проходили, рассасывались выпуклость и боковой отек податливых мануфактур лица. Проблема гранулировала и находилась в стадии эпителизации. Расположение локализации поднадкостничного воспалительного хода около пронзительных острогноиноных одонтогенных периоститах челюстей у больных с классическим исцелением в соотношении от стороны поражения (табл.3.1).

Таблица

3.1

Локализация поднадкостничного воспалительного процесса при острых гнойных одонтогенных периоститах челюстей у пациентов с традиционным лечением (абс., %) n = 21

	Количество пациентов	Локализация воспалительного процесса	
		Вестибулярная Сторона	Оральная сторона (нёбная и язычная)
Верхняя челюсть	13 (61,9 %)	9 (69,2 %)	4 (30,8 %)
Нижняя челюсть	8 (38,1 %)	6 (75 %)	2 (25 %)

Думается из табл. 1 островоспалительный ход локализовался по части верхней челюсти у 13 (61,9 %) пациентов, около данном поднадкостничный фурункул складывался с вестибулярной сторонки альвеолярного отростка — у

9 (69,2 %) пациентов, с нёбной сторонки — у 4 (30,8 %). Сильный острогнойный одонтогенный флюс по части исподней челюсти вскрыт у 8 (38,1%) пациентов. С вестибулярной сторонки альвеолярного отростка исподней челюсти поднадкостничный фурункул выслеживался у 6 (75 %), с язычной сторонки — у 2 (25%).

Нами, да выучена радиочастота отдельных компаний «причинных» зубов при острых острогнойных одонтогенных периоститах челюстей у пациентов с традиционным исцелением (табл. 3.2).

Таблица

3.2

Частота отдельных групп- «причинных» зубов при острых гнойных одонтогенных периоститах челюстей у пациентов с традиционным лечением (абс.,%) n = 21

Формула «причинного» зуба	Общее количество «причинных» зубов	
	Абс.	%
Верхняя челюсть		
Центральные резцы: 11, 21	3	14,3 %
Боковые резцы: 12,22	2	9,5 %
Клыки: 13, 23	1	4,7%
Первые премолярымоляры: 14, 24	2	9,5 %
Вторые премолярымоляры : 15,25	1	4,7%
Первые моляры: 16, 26	2	9,5 %
Вторые моляры: 17, 27	1	4,7%
Третье моляры: 18, 28	1	4,7%
Нижняя челюсть		
Центральные резцы: 31,41	1	4,7%
Боковые резцы: 32, 42	1	4,7%
Клыки: 33, 43	1	4,7%
Первый премоляр: 34, 44	2	9,5 %
Второй премоляр: 35, 45	1	4,7%
Первые моляры: 36, 46	2	9,5 %
Вторые моляры: 37, 47	-	-
Третье моляры: 38, 48	-	-
Итого	21	100%

Согласно данным табл. 3.2 можно отметить, что наиболее часто причиной острых гнойных одонтогенных периоститов как на верхней, так и на нижней челюсти являлся первый моляр: в 4 [19,4%]. У пациентов 3% на верхней челюсти являлся центральные резцы. У пациентов в группе с традиционным лечением «причинный» зуб удаляли по показаниям: если он не представлял косметической и/или функциональной ценности; невозможности эндодонтического качественного лечения и др.

Одновременно при данной патологии нами изучена и локализация коллатерального отека мягких тканей ЧЛЮ (табл. 3.3).

Таблица 3.3

Локализация коллатерального отёка мягких тканей лица при острых гнойных одонтогенных периоститах челюстей у пациентов с традиционным лечением (абс.,%) n = 21

	Количество пациентов	Локализация коллатерального отёка мягких тканей челюстно-лицевой области
Верхняя челюсть	6 (28,6 %)	Верхняя губа, крыло носа, подглазничная
	4 (19,04 %)	Подглазничная, щечная, скуловая
	3 (14,28 %),	Щёчная, скуловая, верхний отдел околоушно-жевательной
Нижняя челюсть	5 (23,8 %)	Ткани нижней губы, угла рта, подбородка, нижнего отдела щечной области
	3 (14,28 %)	Нижний и средний отдел щечной, околоушно-жевательной и подчелюстной областей

Рассматривая материалы табл. 3, около пронзительном острогнойном одонтогенном периостите верхней челюсти боковой отек складывался в щёчной, скуловой и верхнем участке околоушно-жевательной площади у 3 (14,28 %) пациентов, в подглазничной, щечной и скуловой — у 4 (19,04 %), по части верхней губы, покрывала носа, подглазничной - у 6 (28,6 %).

При остром периостите исподней челюсти боковой отёк податливых мануфактур личики по локализации делился последующим образом: по части нательного и посредственного отдела щёчной, околоушно-жевательной и поднижнечелюстной площадей - у 3 (14,28 %) человек, в площади исподней губы, угла рта, подбородка, нательного отдела щечной площади — у 5 (23,8 %) человек.

Тему дренирования острогнойной царапины при острых одонтогенных периоститах челюстей должно отодвинуть к животрепещущим вопросам. Для дренирования поднадкостничного гнойника употреблялись стерильные полосы из перчаточной резины и марлевые дренажи. Необыкновенностями дренирования поднадкостничного гнойника у пациентов предоставленной категории представляются неимение постоянного действия дезинфицирующих и противобактериальных лекарств на микрофлору раны, а да воздействия иммуномодулирующих лекарств на местный иммунитет.

В большинстве случаев, при обращении в поликлинику благодаря воспалительного хода у всех больных наличествовали таковые признаки будто невралгию в площади «причинного» зуба, существование инфильтрата в площади площади воспаления. Действительны у всех больных 18 (93,33 %) из 21 отмечалась нездоровая перкуссия «причинного» зуба. Расположение медицинских признаков у больных около предоставленной патологии препровождено в табл.

Вместе с дренированием острогнойной раны, около потребности изготавливались направление «причинного» зуба и полоскание лунки и раны раствором антисептиков, предназначались общепризнанные лекарственные имущества и физиопроцедуры. когда освидетельствования у больных измерялась горячка тела.

Расследование микроорганизменной флоры острогнойной царапины около пронзительном периостите челюстей завоевывает значимость, поелику тяжесть и длительность движения предоставленной нозологии зависит от видовых и количественных признаков микроорганизменной контаминации острогнойной раны. Критика производительности врачевания исполнялась по достоверным сведениям микробиологических, цитологических, иммунологических, а да гемодинамических показателей. Итоги приобретенных микробиологических изысканий у пациентов с традиционными технологиями врачевания презентованы в табл. 3.4 и 3.5.

Таблица

3.4

Ассоциации микроорганизмов при острых гнойных одонтогенных периоститах челюстей у пациентов с традиционным лечением.

Микробная флора послеоперационной раны	Первые сутки после операции		Через трое суток после операции	
	Абс.	%	Абс.	%
Монокультура микроорганизмов	-	-	5	23,8
Ассоциации двух микроорганизмов	17	80,9	12	66,6
Ассоциации трёх микроорганизмов	3	14,3	4	19,04
Ассоциации четырёх микроорганизмов	1	4,7	-	-
Итого	21	100%	21	100%

Из данных микробиологических исследований- следует, что незамедлительно спустя анатомирования острогнойного источника выявлялись ассоциации разнообразных вариантов микробов (табл. Чаще всего пересекались ассоциации двух микробов (Staph, aureus и Bacteroides; Staph, aureus и Peptostreptococcus; Staph, aureus и Peptococcus; aureus и Str. salivarius) - у 17 (80,9 %) пациентов, необыкновенные ассоциации трёх микробов (Staph, aureus, Str. viridians, Bacteroides; Staph, aureus, Str. pyogenes и Bacteroides) - у 3 (14,3 %) пациентов. Хитросплетение четырёх микробов (Str. viridans, Staph, epidermidis, Bacteroides, Candida albicans; viridans, Staph, epidermidis, Bacteroides, Candida tropicalis) обнаружены у двух пациентов. Культура ни у одного из пациентов в посевах не выявлена. Посредством три дней спустя эксплуатационного вмешательства у 5 (23,8%) человек замерзла высеваться монокультура, ассоциации двух микробов обнаружены - у 12 (66,6 %), ассоциации трёх микробов — у 4 (19,04%). Ни у кого-то из больных в раневом отпиливаемом не выявлены ассоциации четырёх микроорганизмов.

Следовательно, в динамике классического врачевания при острых острогнойных одонтогенных периоститах челюстей обозначилась основательная установка нормализации микроорганизменной флоры раневого отделяемого. Больше обстоятельный филогенетический и квантитативный разбор микроорганизменной флоры ран при предоставленной патологии у пациентов предоставленной категории препровожден в табл. 3.5.

Таблица

3.5

Микробный пейзаж ран при острых гнойных одонтогенных периоститах челюстей у пациентов с традиционным лечением

Вид возбудителей	Первые-сутки после операции			Через трое суток после операции		
	Частота встречаемости штаммов		Концен трация возбуди теля	Частота встречаемости штаммов		Концен трация возбуди теля
	Абс.	%	КОЕ/мл	Абс.	%	КОЕ/мл
Аэробные микробы	105	100		66	100	
<i>Staph. aureus</i>	27	25,7	10 ⁶	25	37,87	10 ²
<i>Staph. epidermidis</i>	1	0,95	10 ⁴	8	12,12	10 ²
<i>Str. viridans</i>	36	34,29	10 ⁵	33	50,00	10 ⁴
<i>Str. salivarius</i>	16	15,23	10 ⁴	-	-	-
<i>Str. pyogenes</i>	7	6,66	10 ⁵	-	-	-
<i>Candida</i>	18	17,14	10 ⁴	-	-	-
Итого I	105	100%		66	100%	

Думается из представленных признаков (табл. 5), в главные дни спустя анатомирования поднадкостничного гнойника был верифицирован 105 субштамм возбудителей заразительного процесса. Из ряда бактерий предпочтительно высеивались *Str. viridans* - 36 (34,29 %) и *Staph, aureus* - 27 (25,7 %), необыкновеннее высеивались - *Str. salivarius* - 16 (15,23 %), *Str. pyogenes* - 7 (6,66 %), *Staph, epidermidis* – 1(0,95 %) и грибы *Candida* - 18 (17,14 %).

Численное оглавление возбудителей в раневом отпиливаемом да подчинялось вариациям. Например, для некоторых вариантов организация аэробных микробов в раневом отпиливаемом добивала «критического уровня» (105 КОЕ/мл) или превышала его. Величайшим водилось обилие бактериальных клеток *Staph, aureus* (106 КОЕ/мл), *Str. viridans* и *Str. pyogenes* (105 КОЕ/мл), обилие других аэробных организмов водилось далее «критического уровня». Посредством три дней в команде больных с традиционными технологиями врачевания аэробные микроорганизмы верифицировались в 66 посевах. По- минувшему предпочтительно складывались *Str. viridans* — в 33 (50,00 %) посевах, *Staph, aureus* - 25 (37,87 %), *Staph, epidermidis* - в 8 (12,12 %). Не складывались при верификации на средах *Str. salivarius*, *Str. pyogenes*, *Candida* по касательству к прошлому сроку исследования.

Отмечено, что организация микробов в 1 мл раневого отпиливаемого в данный промежуток водилась для распорядок далее «критического уровня» - 105 КОЕ.

Вместе с исследованием микроорганизменного вида острогнойной царапины в динамике лекарственного хода около предоставленной патологии, нами был выучен да и клеточный персонал заключительнее (табл. 3.6).

Таблица 3.6

Цитологическая характеристика заживления послеоперационной раны при остром гнойном одонтогенном периостите челюстей у пациентов с традиционным лечением (%)

Типы клеток	Цитологическая картина в динамике лечения			
	Первые сутки после операции		Через трое суток после операции	
	M±m	P1	M±m	P1
Нейтрофилы сегмент.	81,03 ±0,40	<0,001	80,53 ± 0,74	0,19 2
Нейтрофилы палочк.	2,03 ± 0,78	0,799	0,40 ±0,11	-
Базофилы	0,17 ±0,06	0,597	-	-
Эозинофилы	0,97 ±0,31	0,933	0,43 ± 0,12	0,001
Лимфоциты	10,70 ± 0,54	0,069	14,47 ±0,28	<0,001
Моноциты	4,30 ±0,44	0,832	2,90 ± 0,23	<0,001
Макрофаги	0,67 ± 0,24	0,196	0,90 ±0,16	<0,001
Плазмоциты	0,13 ±0,08	0,008	0,37 ±0,05	<0,001
Итого, %	100,00		100,00	

M ± m - среднее свойство и ошибка посредственного значения; p1 - авторитетность несходств промежду неустойчивыми в динамике врачевания компаний больных с классическим и разумным лечением.

Думается из табл. 6, в главные дни спустя анатомирования поднадкостничного гнойника в ране фиксировалось последующей оглавление клеток: сегментоядерные нейтрофилы — (81,03 ± 0,40) %, палочкоядерные

нейтрофилы — $(2,03 \pm 0,78)$ %, базофилы - $(0,17 \pm 0,08)$ %, эозинофилы - $(0,97 \pm 0,32)$ %, лимфоциты - $(10,70 \pm 0,54)$ %, моноциты - $(4,30 \pm 0,44)$ %, макрофаги - $(0,67 \pm 0,24)$ %, плазмоциты — $(0,13 \pm 0,08)$ %. Следовательно, предпочтительно выявлялись дегенеративно модифицированные сегментоядерные нейтрофилы . Посредством три дней около классическом излеченье статистически проблематично снизилось сравнительное обилие сегментоядерных нейтрофилов пред $(80,53 \pm 0,74)$ %, палочкоядерных нейтрофилов - $(0,40 \pm 0.11)$ %, базофилов 0 %; эозинофилов - $(0,43 \pm 0,12)$ %, Статистически авторитетно уменьшилось прибыльное оглавление моноцитов - до $(2,90 \pm 0,23)$ %,увеличилось сравнительное оглавление лимфоцитов - $(14,47 \pm 0,28)$ % проблематично макрофагов до $(0,90 \pm 0,16)$ %, а да статистически авторитетно плазмацитов — $(0,37 \pm 0,05)$ %.

ГЛАВА 4
КЛИНИКА И ЛЕЧЕНИЕ ОСТРОГО ГНОЙНОГО
ОДОНТОГЕННОГО ПЕРИОСТИТА ЧЕЛЮСТЕЙ С
ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ АНТИСЕПТИЧЕСКОГО ПРЕПАРАТАМИ
«РАСТВОР ДЕКАСАН И СПРЕЙ СТОМОРАД»

На кукуане разыскивались да 22 больных, у каких приспособлялись препараты «Декасан, и спрей Стомарад», в свойстве дренажа поднадкостничного острогнойного источника около пронзительных острогнойных одонтогенных периоститах челюстей. В динамике в свой черед у пациентов с традиционным лечением, обходилось увлечение для локализацию поднадкостничного гнойника, существование асимметрии лица, локализацию инфильтрата по части альвеолярного отростка, всеобщей самочувствие, пропадание болей. Кроме этого рассматривали ступень и длительность экссудатации, происхождение грануляций и сроки скоротечной нетрудоспособности. К моменту выписки валяйся проходили, рассасывались выпуклость и боковой отек податливых мануфактур лица, проблема гранулировала и разыскивалась в формации эпителизации.

Локализация поднадкостничного воспалительного хода при острых острогнойных одонтогенных периоститах челюстей у пациентов с рекомендуемым сложным исцелением в соотношении от стороны поражения разместилась так (табл. 4.1).

Таблица

4.1

Локализация поднадкостничного воспалительного процесса при острых гнойных одонтогенных периоститах челюстей у пациентов с рекомендуемым комплексным лечением (абс., %) n = 22

	Количество о пациентов	Локализация воспалительного процесса	
		Вестибулярная Сторона	Оральная сторона (нёбная и язычная)
Верхняя челюсть	15 (69,33 %)	10 (66,66%)	5 (13,63%)
Нижняя челюсть	7 (30,67 %)	5 (22,72 %)	2 (9,09 %)

Как видно из табл. 4.1, воспалительный процесс локализовался в области верхней челюсти у 15 (69,33 %) пациентов, при этом поднадкостничный абсцесс формировался с вестибулярной стороны альвеолярного отростка - у 10 (66,66 %) человек, с нёбной стороны — у 5 (13,63 %). Острый гнойный одонтогенный периостит в области нижней челюсти выявлен у 7 (30,67 %). С вестибулярной стороны альвеолярного отростка нижней челюсти поднадкостничный абсцесс прослеживался у 5 (22,72 %), с язычной стороны - 2 (9,09 %).

Нами также как и в группе пациентов с традиционным лечением изучена частота отдельных групп «причинных» зубов при острых гнойных одонтогенных периоститах челюстей у пациентов с рекомендуемым комплексным лечением (табл. 4.2).

Таблица

4.2

Частота отдельных групп «причинных» зубов при острых гнойных одонтогенных периоститах челюстей у пациентов с рекомендуемым комплексным лечением.

Формула «причинного» зуба	Общее количество «причинных» зубов	
	Абс.	%
Верхняя челюсть		
Центральные резцы: 11, 21	2	13,33%
Боковые резцы: 12, 22	1	6,66%
Клыки: 13, 23	1	6,66%
Первые премоляры: 14, 24	2	13,33%
Вторые премоляры: 15, 25	2	13,33%
Первые моляры: 16, 26	3	60%
Вторые моляры: 17, 27	2	13,33%
Третье моляры: 18, 28	2	13,33%

Нижняя челюсть		
Центральные резцы: 31, 41	1	14,28%
Боковые резцы: 32, 42	-	-
Клыки: 33, 43	1	14,28%
Первые премоляры: 34, 44	1	14,28%
Вторые премоляры: 35, 45	1	14,28%
Первые моляры: 36, 46	2	28,57%
Вторые моляры: 37, 47	1	14,28%
Третье моляры: 38, 48	-	
Итого	22	100%

Согласно данным табл. 4.2, можно отметить, что наиболее часто причиной острых гнойных одонтогенных периоститов, как на верхней, так и на нижней челюсти являлся первый моляр: в 3 [(60,0) %] и 2 [(28,57) %] случаях соответственно. Таким образом, структура «причинных» зубов при остром периостите челюстей у пациентов с рекомендуемым комплексным лечением была такая же, как у пациентов с традиционным лечением как в области моляров. У пациентов в группе с рекомендуемым комплексным лечением «причинный» зуб удаляли по показаниям, так же, как и в первой группе. Одновременно при острых гнойных одонтогенных периоститах челюстей нами изучена и локализация коллатерального отёка мягких тканей ЧЛЮ (табл. 4.3).

Таблица

4.3

Локализация коллатерального отёка мягких тканей лица при острых гнойных одонтогенных периоститах челюстей у пациентов с рекомендуемым комплексным лечением

	Количество пациентов	Локализация коллатерального отёка мягких тканей челюстно-лицевой области
Верхняя челюсть	3 (13,63 %)	Верхняя губа, крыло носа, подглазничная
	4 (18,18 %)	Подглазничная, щечная, скуловая

	8 (36,36 %)	Щёчная, скуловая, верхний отдел околоушно-жевательной
Нижняя челюсть	2 (9,09 %)	Ткани нижней губы, угла рта; подбородка, нижнего отдела щечной области
	5 (22,72 %)	Нижний и средний отдел щечной, околоушно-жевательной и поднижнечелюстной областей

Рассматривая материалы табл. 3, около остром, острогнойном одонтогенном периостите верхней челюсти боковой отёк податливых мануфактур личики складывался в щёчной, скуловой и в верхнем, участке околоушно-жевательной площади у 8 (36,36 %) пациентов, в подглазничной, щёчной и скуловой — у 4 (18,18 %), по части верхней губы, покрывала носа, подглазничной - у 3 (13,63 %).

При остром острогнойном одонтогенном периостите исподней челюсти боковой отёк, податливых мануфактур личики по локализации делился последующим образом: по части нательного и посредственного отдела щёчной, околоушно-жевательной и подглазничной площадей - у 5 (22,72 %) человек, по части исподней губы, угла рта, подбородка, нательного отдела, щёчной площади - у 2 (9,09 %).

Следовательно, расположение больных с рекомендуемым сложным исцелением по локализации коллатерального отёка: податливых мануфактур личики действительно совмещается с подобным распределением больных с классическим лечением, что указывает на рандомизированность медицинских групп.

Клиентам предоставленной группы, выключая классической лекарственной терапии и физиотерапии, в свойстве аборигенной дезинфицирующей усиле гнойной, царпины при остром периостите челюстей утилизировали Декасан, и спрей Стомарад. Декасан ради регионального применения, причисляется к команде индазолов. Обнаруживает противовосполительное и местное обезболивающее действие, располагает дезинфицирующим воздействием насупротив пространного диапазона микроорганизмов.

Механизм воздействия продукта объединен со стабилизацией клеточных пластинок и ингибированием синтеза простагландинов.

Бензидамин обнаруживает противобактериальное воздействие посредством стремительного попадания посредством диафрагмы микробов с дальнейшим

повреждением клеточных структур, нарушением метаболических процессов и лизисом клетки.

Располагает противогрибковым воздействием в касательстве *Candida albicans*. Активизирует скелетные трансформации клеточной стены грибов и метаболических цепей мицетов и, таковым образом, мешает их репродукции. Это свойство показалось основанием для применения бензидамина около воспалительных процессах в ротовой полости, в т. заразной этиологии.

Островоспалительный ход в этой команде больных по клиническим, лабораторским и многофункциональным признакам кардинально не различался через признаков больных с традиционным лечением.

В большинстве случаев, при обращении в поликлинику у всех болезненных отмечались таковые симптомы, как боли в зоне воспаления, существование «причинного» зуба, инфильтрата в площади альвеолярного отростка. Исключительно 93,33 % больных фиксировали асимметрию личики после счёт коллатерального отека податливых мануфактур лица, 37,33 % больных не могли неукоснительно локализовать боль, т. располагала пространство иррадиация недомогай между делом веток тройничного нерва для сторонке воспаления. Один больной (1,33 %) фиксировал мучительность и ограничение открывания рта, два пациента (2,67 %) ориентировали для гиперемии дерматологических покровов в площади коллатерального. 4 отёка податливых тканей, при всем при этом оболочка неплохо намеревалась в складку в площади гиперемии. 93,33 % больных фиксировали нездоровую перкуссию «причинного» зуба.

При лечении больных с пронзительными острогнойными одонтогенными периоститами челюстей, одинаково с дренированием острогнойной раны, Стоморад использовали местно, спустя еды от 4 пред 8 впрыскиваний 7 сут если необходимо изготавливалось направление «причинного» зуба, полоскание лунки и раны растворами антисептиков, предназначались общепризнанные лекарственные имущества и физиопроцедуры. Критика производительности врачевания исполнялась в том же духе, в свой черед у пациентов с традиционным лечением, после предоставленным микробиологических, цитологических показателей.

Итоги приобретенных микробиологических изысканий у пациентов с рекомендуемым сложным исцелением презентованы в табл. 4.4 и 4.5.

Таблица 4.4

Ассоциации микроорганизмов при острых гнойных одонтогенных периоститах челюстей пациентов с рекомендуемым комплексным лечением

Микробная флора послеоперационной раны	Первые сутки после операции		Через трое суток после операции	
	Абс.		Абс.	%
Монокультура микроорганизмов	-	-	17	77,2
Ассоциации двух микроорганизмов	4	18,18	5	22,8
Ассоциации трёх микроорганизмов	12	54,54	-	-
Ассоциации четырёх микроорганизмов	6	27,27	-	-
Итого	22	100%	22	100%

По достоверным сведениям микробиологических исследований; приведённых в табл. 4, следует, что сразу спустя анатомирования острогнойного источника выявлялись ассоциации микроорганизмов, как, и у больных категории сравнения. Чаще всего пересекались ассоциации трёх микробов (Staph: aureus, Str. viridians, Bacteroides; Staph, aureus, Str. viridians, Peptostreptococcus) - у 12 (54,54 %) пациентов. Ассоциации четырёх микробов (Staph, aureus, Str. viridians, Bacteroides, Peptococcus; Staph, aureus, Str. viridians, Bacteroides, дрожжеподобные блицы рода Candida) замечены у 6 (27,27 %) пациентов, двух микробов (Staph, aureus, Str. Staph, aureus, Str. salivarius) - 4 (18,18 %) пациентов. Ни у кого-то из больных в раневом экссудате спустя периостотомии да будто и в первой команде пациентов, не выявлялась культура микроорганизмов.

Посредством три дней спустя эксплуатационного вмешательства замерзла высеваться культура микробов — у 17 (77,2 %) человек, ассоциации двух микробов обнаружены - у 5 (22,8 %) человек. Ни у кого-то из больных в раневом отпиливаемом не выявлены ассоциации изо трёх и четырёх микроорганизмов. Следственно обозначилась основательная установка в нормализации микроорганизменного вида острогнойной раны.

Больше обстоятельный филогенетический и квантитативный разбор микроорганизменной форы при острых острогнойных одонтогенных периоститах челюстей предоставленной категории презентованы в табл.4.5

4.5

Микробный пейзаж ран при острых гнойных одонтогенных периоститах челюстей у пациентов с рекомендуемым лечением

Вид возбудителей	Первые-сутки после операции			Через трое суток после операции		
	Частота встречаемости штаммов		Концен трация возбуди теля	Частота встречаемости штаммов		Концен трация возбуди теля
	Абс.	%	КОЕ/мл	Абс.	%	КОЕ/мл
Аэробные микроорганизмы	91	100		44	100	
Staph, aureus	18	19,78	10 ⁶	17	38,63	10 ²
Staph, epidermidis	-	-	-	2	4,54	10 ²
Str. viridans	39	42,85	10 ⁵	25	56,81	10 ²
Str. salivarius	14	15,38	10 ⁴	--	-	-
Str. pyogenes	8	8,79	10 ⁵	-	-	-
Candida	12	13,18	10 ⁴	-	-	-
Итого	91	100,00		66	100,00	

При микробиологическом исследовании раневого отпиливаемого послеоперационной царапины незамедлительно спустя акции верифицировано 91 штаммов. Чаще всего высевался *Str. viridans* — в 39 (42,85 %) посевах, *Staph, aureus* - 18 (19,78 %), *Str. salivarius* 14(15,38 %), *Staph, epidermidis* – не высеился. *pyogenes*-8 (8,79 %), дрожжеподобные грибочки *Candida*-12 (13,18 %) случаев соответственно.

Посредством три дней в команде больных с рекомендуемым технологиями врачевания микроорганизмы верифицировались в 44 штаммах. При всем при этом высевались бактерии *Str. viridans* — в 25 (56,81 %) посевах, *Staph, aureus* - 17 (38,63 %), *Staph, epidermidis* - в 2 (4,54 %). Не складывались при верификации на средах *Str. salivarius*, *Str. pyogenes*, *Candida* по касательству к прошлому сроку исследования.

Отмечено, что организация микробов в 1 мл раневого отпиливаемого в данный промежуток водилась для распорядок далее «критического уровня» - 102 КОЕ.

Материалы показатели численного нахождения возбудителей в гнойной царापине в динамике врачевания у больных с применением Стоморад спустя еды. 1 вливание назначали по 4-8 впрыскиваний 7 сут указывают на более стремительную нормализацию микроорганизменного вида раны, после сопоставлению с больными первой группы. Опускается обсемененность послеоперациооной царапины микроорганизмами.

Вместе с исследованием микроорганизменного вида около пронзительных острогнойных периоститах челюстей у больных нами исследовалась макродинамика заживения послеоперационной царапины по достоверным сведениям цитологических изысканий (табл.4.6)

Таблица 4.6

Цитологическая характеристика заживления послеоперационной раны при остром гнойном одонтогенном периостите челюстей у пациентов с рекомендуемым комплексным лечением.

Типы клеток	Цитологическая картина в динамике лечения			
	Первые сутки после операции		Через трое суток после операции	
	$M \pm m$	P_1	$M \pm m$	p_1
Нейтрофилы сегмент.	$79,65 \pm 0,25$	$<0,001$	$77,85 \pm 2,39$	$0,192$
Нейтрофилы Палочкоядерные	$2,30 \pm 0,72$	$0,799$	-	-
Базофилы	$0,15 \pm 0,07$	$0,597$	-	-
Эозинофилы	$1,00 \pm 0,29$	$0,933$	$0,03 \pm 0,005$	$0,00$
Лимфоциты	$11,95 \pm 0,21$	$0,069$	$10,83 \pm 0,21$	$0,001$
Моноциты	$4,18 \pm 0,43$	$0,832$	$4,29 \pm 0,23$	$0,001$
Макрофаги	$0,59 \pm 0,23$	$0,196$	$5,47 \pm 0,38$	$0,001$
Плазмоциты	$0,18 \pm 0,13$	$0,008$	$1,35 \pm 0,26$	$0,001$

Фibroциты и Фibroбласты	-	-	0,18 ±0,09	-
Итого, %	100,00		100,00	

Примечание. $M \pm m$ - среднее значение и ошибка среднего значения. $p1$ - достоверность различий между переменными в динамике лечения групп пациентов с традиционным и рациональным лечением.

Думается из представленных признаков (табл. 6), в группе больных с применением Стоморад местно, спустя еды. 1 вливание 8 впрыскиваний 7 сут сразу спустя вскрытия поднадкостничного острогнойного источника обозначается последующей оглавление клеток: сегментоядерные нейтрофилы — (79,65 ± 0,25) % палочкоядерные нейтрофилы — (2,30 ± 0,72) %, базофилы — (0,15 ± 0,07)%, эозинофилы — (1,00 ± 0,29)%, лимфоциты — (11,95 ± 0,21) %, моноциты — (4,18 ± 0,43)%, макрофаги — (0,59 ± 0,23) %, плазмоциты — (0,18 ± 0,13) %.

Посредством три дней снизилось сравнительное оглавление сегментоядерных нейтрофилов - пред (77,85 ± 2,39) % ($p = 0,898$ и $p1 = 0,192$); палочкоядерных нейтрофилов и базофилов - 0%, эозинофилов — (0,03 ± 0,005) % ($p = 0,066$ и $p = 0,001$), лимфоцитов - (10,8 ± 0,21) % ($p < 0,001$ и $p1 = 0,001$). Кардинально возросло сравнительное оглавление макрофагов - до (5,47 ± 0,38) % ($p < 0,001$ и $p1 = 0,001$), моноцитов - (4,29 ± 0,23) % ($p = 0,824$ и $p1 = 0,001$), плазмоцитов, (1,35 ± 0,26) % ($p < 0,001$ и $p1 = 0,001$). Кроме этого, в этот промежуток в царапине возникли фиброциты и фибробласты в числе (0,18 ± 0,09) %, что свидетельствует о начале фазы регенерации.

Следовательно использование Стоморад спрея и дезинфицирующего раствора декасана местно, спустя пищи 8 впрыскиваний 7 сут гнойных ран при излечение больных с острым острогнойным одонтогенным периоститом челюстей по достоверным сведениям цитологических исследований, инициирует репаративные процессы, споспешествует больше стремительному заживлению раны.



ЗАКЛЮЧЕНИЕ

По литературным предоставленным мы не нашли сведений, дотрагивающихся использования составленье антисептиков Декасан и спрей Стоморад ради регионального использования при лечении пронзительных острогнойных одонтогенных периоститов челюстей.

Использования составленье антисептиков Декасан и спрей Стоморад обнаруживает противовосполительное и автохтонное обезболивающее действие, располагает дезинфицирующим воздействием насупротив пространного диапазона микроорганизмов.

Механизм воздействия продукта объединен со стабилизацией клеточных пластинок и ингибированием синтеза простагландинов.

Бензидамин обнаруживает противобактериальное воздействие посредством стремительного попадания посредством диафрагмы микробов с дальнейшим повреждением клеточных структур, нарушением метаболических процессов и лизисом клетки.

Располагает противогрибковым воздействием в касательстве *Candida albicans*. Активизирует скелетные трансформации клеточной стены грибов и метаболических цепей мицетов и, таковым образом, мешает их репродукции. Это свойство показалось основанием для применения бензидамина около воспалительных процессах в ротовой полости, в т. заразной этиологии.

До сих пор подробно не изучены микробиологические, цитологические сдвиги в острогнойной царапине при различных технологиях врачевания предоставленного заболевания.

Для решения установленных в службе проблем обмануты клинико-лабораторские и многофункциональные изыскания пациентов, какие выполнены для медицинской складу кафедры челюстно – внешней хирургии Самаркандского Правительственного Милосердного института в отделении челюстно-лицевой хирургии муниципального милосердного объединение.

На кукуане разыскивались 43 больныз с пронзительным острогнойным одонтогенным периоститом челюстей, изо них мужчин - 27 человек, женщин - 16. Все пациенты водились распределены на две группы: с традиционным и рекомендуемым сложным лечением. При обращении за медицинской поддержкой в больницу у всех болезненных отмечались претензии на боли, по части челюстей, существование «причинного» зуба, и поднадкостничного гнойника.

В группе болезненных с классическим исцелением (21 человек) для дренирования поднадкостничного острогнойного источника употреблялись резиновые полосы из стерильной перчаточной резины и марлевые выпускники, предназначалась общепризнанная лекарственная физиотерапия с использованием противовоспалительных, антибиотических и десенсибилизирующих средств, использовалась физиотерапия.

В динамике врачевания велась микробиологическая, цитологическая критика острогнойной раны. Чаще всего пересекались ассоциации двух микроорганизмов, (Staph: aureus и Bacteroides; Staph, aureus и Peptostreptococcus; Staph, aureus и Peptococcus; Staph, aureus и Str. salivarius) - у 17 (80,9 %) пациентов, необыкновенные ассоциации трёх микробов (Staph, aureus, Str. viridians, Bacteroides; Staph, aureus, pyogenes и Bacteroides) - у 3 (14,3 %) пациентов. Хитросплетение четырёх микробов (Str. viridans, Staph, epidermidis, Bacteroides, Candida albicans; viridans, Staph, epidermidis, Bacteroides, Candida tropicalis) обнаружены у двух пациентов. Культура ни у одного из пациентов в посевах не выявлена. Посредством три дня спустя эксплуатационного вмешательства у 5 (23,8%) человек замерзла высеваться монокультура, ассоциации двух микробов обнаружены — у 12 (66,6 %), ассоциации трёх микробов — у 4 (19,04 %). Ни у кого-то из больных в раневом отпиливаемом не выявлены ассоциации четырёх микроорганизмов.

В первые дни спустя акции был верифицирован 105 субштамм возбудителей заразительного процесса. Значительную численность собрала группа аэробных микробов - 105 (47,51 %). Из этого строя бактерий предпочтительно высевались Str. viridans - 36 (34,29 %) и Staph, aureus - 27 (25,7 %), необыкновенные высевались - Str. salivarius - 16 (15,23 %), Str. pyogenes - 7 (6,66 %), Staph, epidermidis – 1(0,95 %) и грибы Candida - 18 (17,14 %).

Численное оглавление возбудителей в раневом отпиливаемом да подчинялось вариациям. Например, организация аэробных микробов ради кое-каких вариантов в раневом отпиливаемом добивала «критического уровня» в 105 КОЕ/мл сиречь превосходила его. Величайшим водилось обилие бактериальных клеток Staph, aureus - 106 КОЕ/мл, Str. viridans и pyogenes - 105 КОЕ/мл, обилие других аэробных организмов водилось

далее «критического уровня».

Посредством три дней в команде больных с традиционными технологиями врачевания аэробные микроорганизмы верифицировались в 66 посевах. По-минувшему предпочтительно складывались *Str. viridans* — в 33 (50,00 %) посевах, *Staph. aureus* - 25 (37,87 %), *Staph. epidermidis* - в 8 (12,12 %). Не складывались при верификации на средах *Str. salivarius*, *Str. pyogenes*, *Candida* по касательству к прошлому сроку исследования.

При всем при этом отмечено, что организация микробов в 1 мл раневого отпиливаемого в данный промежуток водилась для распорядок далее «критического уровня» - 105 КОЕ/мл.

Следовательно, в динамике классического врачевания больных с пронзительным острогнойным одонтогенным периоститом челюстей обозначилась основательная установка в нормализации микроорганизменной флоры раневого отделяемого.

ассоциации из четырёх микроорганизмов, не верифицировались при повторном разысканье бактерии варианта *Str. salivarius*, *Str. pyogenes*, *Candida*.

Вместе с исследованием микроорганизменного вида около пронзительном острогнойном одонтогенном периостите челюстей нами исследовалась макродинамика заживления послеоперационной царапины после предоставленным цитологических исследований.

Незамедлительно спустя анатомирования поднадкостничного абсцесса верифицировалась нормальная цитологическая конъюнктура драматического острогнойного воспаления. Предпочтительно выявлялись дегенеративно модифицированные сегментоядерные, палочкоядерные нейтрофилы, существовали макрофаги, лимфоциты, плазмоциты, моноциты и прочие клетки.

В первые дни спустя анатомирования поднадкостничного гнойника в царапине фиксировалось последующей оглавление клеток: сегментоядерные нейтрофилы — $(81,03 \pm 0,40)$ %, палочкоядерные нейтрофилы — $(2,03 \pm 0,78)$ %, базофилы - $(0,17 \pm 0,08)$ %, эозинофилы - $(0,97 \pm 0,32)$ %, лимфоциты - $(10,70 \pm 0,54)$ %, моноциты - $(4,30 \pm 0,44)$ %, макрофаги - $(0,67 \pm 0,24)$ %, плазмоциты — $(0,13 \pm 0,08)$ %. Следовательно, предпочтительно выявлялись дегенеративно модифицированные сегментоядерные нейтрофилы .

Посредством три дней около классическом излеченье статистически проблематично снизилось сравнительное обилие сегментоядерных нейтрофилов пред ($80,53 \pm 0,74$) % ($p = 0,430$); палочкоядерных нейтрофилов - ($0,40 \pm 0,11$) % ($p = 0,08$); базофилов - 0 %; эозинофилов - ($0,43 \pm 0,12$) % ($p = 0,062$). Статистически авторитетно уменьшилось прибыльное оглавление моноцитов - пред ($2,90 \pm 0,23$) % ($p = 0,002$); возросло сравнительное оглавление лимфоцитов - ($14,47 \pm 0,28$) % ($p < 0,001$), проблематично - макрофагов пред ($0,90 \pm 0,16$) % ($p = 0,172$), а да статистически авторитетно плазматитов — ($0,37 \pm 0,05$) % ($p = 0,017$) .

В группе больных с советуемым сложным исцелением (22 человек) дезинфицирующего раствора Декасан и спрей Стоморат оказывающий противовосполительное и автохтонное обезболивающее действие, обладающий дезинфицирующим воздействием насупротив пространного диапазона микроорганизмов. Раствора Декасан и спрей Стоморат использовали местно, спустя еды от 4 пред 8 впрыскиваний 7 сут. И предназначалась общепризнанная лекарственная физиотерапия с использованием противовосполительных, антибиотических и десенсибилизирующих, средств, использовалась физиотерапия.

По достоверным сведениям микробиологических исследований, незамедлительно спустя анатомирования острогноного источника выявлялись нормальные ассоциации микроорганизмов, будто и у больных категории сравнения. Преимущественно часто« пересекались ассоциации трёх микробов (Staph, aureus, Str. viridians, Bacteroides; Staph, aureus, Str. viridians, Peptostreptococcus) - у 12 (54,54 %) пациентов. Ассоциации четырёх микробов (Staph, aureus, Str. viridians, Bacteroides, Peptococcus; Staph, aureus, Str. viridians, Bacteroides, дрожжеподобные блицы рода Candida) замечены у 6 (27,27 %) пациентов, двух микробов (Staph, aureus, Str. Staph, aureus, Str. salivarius) — 4 (18,18 %) пациентов.

Только верифицировано штаммов микробов 91 (58,71 %)

Снижаются обсеменённость послеоперационной царапины микроорганизмами, и да напряженность высееваемости микрофлоры.

В группе больных с употреблением Тантум Верде местно, спустя еды 8 впрыскиваний 7 сут незамедлительно спустя вскрыггия поднадкостничного острогноного источника обозначается последующей оглавление клеток: сегментоядерные нейтрофилы — ($79,65 \pm 0,25$) % палочкоядерные нейтрофилы — ($2,30 \pm 0,72$) %, базофилы — ($0,15 \pm 0,07$)%, эозинофилы — ($1,00 \pm 0,29$)%, лимфоциты — ($11,95 \pm 0,21$) %, моноциты — ($4,18 \pm 0,43$)%, макрофаги — ($0,59 \pm 0,23$) %, плазмоциты — ($0,18 \pm 0,13$) %.

Посредством три дней снизилось сравнительное оглавление сегментоядерных нейтрофилов - пред ($77,85 \pm 2,39$) % ($p = 0,898$ и $p1 = 0,192$); палочкоядерных нейтрофилов и базофилов - 0%, эозинофилов — ($0,03 \pm 0,005$) % ($p = 0,066$ и $p = 0,001$), лимфоцитов - ($10,8 \pm 0,21$) % ($p < 0,001$ и $p1 = 0,001$). Кардинально возросло сравнительное оглавление макрофагов - до ($5,47 \pm 0,38$) % ($p < 0,001$ и $p1 = 0,001$), моноцитов - ($4,29 \pm 0,23$) % ($p = 0,824$ и $p1 = 0,001$), плазмоцитов, ($1,35 \pm 0,26$) % ($p < 0,001$ и $p1 = 0,001$). Кроме этого, в этот промежуток в царапине возникли фиброциты и фибробласты в числе ($0,18 \pm 0,09$) %, что свидетельствует о начале фазы регенерации.

Напоследок должно отметить, что применение Тантум Верде местно, спустя пищи 8 впрыскиваний 7 сут при лечении, больных с пронзительным острогнойным одонтогенным периоститом челюстей после предоставленным микробиологических, цитологических изысканий инициирует репаративные процессы, споспешествует больше стремительному заживлению царапины и сокращению сроков госпитализации.

ВЫВОДЫ

1. Выявлено, что после вскрытия поднадкостничного гнойного очага аэробные микроорганизмы верифицируются в 52,13 % посевов, а их концентрация превышает «критический уровень» - 10^5 КОЕ/мл. В ране выявляются дегенеративно изменённые сегментоядерные нейтрофилы и другие клетки воспалительного ряда.

2. Применение раствора Декасан и спрей Стоморад местно, после еды 8 впрыскиваний 7 сут после операции удаление причинного зуба и операции периостотомии способствует снижению их обсеменённости, существенно уменьшается интенсивность, высеваемости аэробной микрофлоры в ране выявляются клетки регенераторного и фагоцитарного типа (фибробласты, макрофаги).

3. Положительные клиничко-лабораторные показатели по данным микробиологических, цитологических исследований способствовали сокращению сроков госпитализации.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Адильшаева Л. Орбита красоты и пластики// Народное слово. - Ташкент, 2014. - №13 (18 января). - С. 4.
2. Андреев Т.М. Травматизм Российской Федерации в начале нового тысячелетия / Т.м. Андреева, Е.В. Огрызко, И.А. Редько// Вест. Травматологии и ортопедии. 2007. №2. – С 59-63.
3. Апарцин К. А., Гайдаров Г. М., Новожилов А. В. О целесообразности развертывания системы травматологических центров в регионах Сибирского Федерального округа (по результатам мониторинга сочетанной травмы) // Вестник травматологии и ортопедии им. Н. Н. Приорова. – 2009. – №3. – С. 92-97.
4. Ашуров З. Н., Каримбаев Ш. Б. Анализ травматизма среди населения по данным Наманганского филиала РНЦЭМП // Актуальные проблемы нейрохирургии: Материалы научно - практической конференции. - Ташкент, 2008. - С. 66-67.
5. Бакушев А. П. Хирургическое лечение пациентов с изолированными повреждениями нижней стенки глазницы// дис. ... канд. мед. наук: 14.01.14/ - Новокузнецк. - 2016. - 122 с.
6. Багненко С. Ф. Дорожно-транспортный травматизм как медикосоциальная проблема // Скорая медицинская помощь. - 2007. - Том 8, №1. - С. 5-11.
7. Байриков И. М., Трунин Д. А. Совершенствование травматологической помощи больным с механическими повреждениями челюстно-лицевой области // Технологии XXI века в стоматологии и челюстно-лицевой хирургии. - Тверь, 2008. - С. 18-21.
8. Бахтеева Г.Р. Статистическое исследование травм челюстно-лицевой области// Bulletin of Medical Internet Conferences. - 2012. – Т. 2, № 11. - С. 930.
9. Бельченко В.А., Рыбальченко Г.Н., Баранюк И.С. Клиникоанатомическое обоснование использования трансантрального оперативного доступа при переломах нижней стенки глазницы. Часть II// Стоматология. – 2014. - №3. – С. 23-27.
10. Боймурадов Ш.А. Значение компьютерно-томографического исследования у больных с переломами скуловой кости и скуловой дуги// Российская оториноларингология. – 2009. - №4(41). – С. 38-43.
11. Боймурадов Ш.А. Совершенствование диагностики и лечения больных с сочетанными травмами костей лицевого скелета//дисс. ... док. мед. наук: 14.00.21/ - Ташкент., 2014. – 200 с.
12. Блаженко А. Н. Оказание помощи пострадавшим с сочетанной травмой

- в многопрофильной больнице // Современные технологии в травматологии и ортопедии. - М., 2006. – 87 с.
13. Бондаренко А. В. Современные методы диагностики и лечения закрытой осложненной травмы груди // Современные технологии в травматологии и ортопедии. - М., 2006. – 81 с.
14. Бояринцев В. В., Гаврилин С. В., Гаврищук Я. В. Эндоскопические методы остановки желудочно-кишечного кровотечения у пострадавших с тяжелой сочетанной травмой // Тезисы докладов X съезда Федерации анестезиологов и реаниматологов. – СПб, 2006. – С. 56-57.
15. Буцан С.Б., Хохлачев С.Б., Йигиталиев Ш.Н. в соавт. Возможность 3D-моделирования в реконструктивной хирургии глазницы// Вестник офтальмологии. – 2012. - №2. – С. 20-26.
16. Васильев Ю.В., Лежнев Д.А. Лучевая диагностика повреждений челюстно-лицевой области: руководство для врачей// ГЭОТАР-Медиа. - 2010. - 80 с.
17. Гаврилова Л.О., Мишинов С.В., Аронов А.М. Разработка автоматизированной информационной системы проектирования и моделирования индивидуальных имплантатов, получаемых аддитивными методами, на примере замещения дефектов черепа // Международный журнал прикладных и фундаментальных исследований. - 2017. - №11. – С. 209-213
18. Гайдаров Г. М., Новожилов А. В. Роль травма-центра в снижении летальности при сочетанной травме // Сибирский медицинский журнал. – 2008. – №6. - С. 63-66.
19. Гридчик И. Е., Захарова А. Нутритивная поддержка у больных с сочетанной травмой // Альманах анестезиологов и реаниматологов - 2007. - №7. - 18 с.
20. Груша Я. О., Караян А.С. Полное закрытие травматического макулярного отверстия после реконструкции нососкулоглазничного комплекса// Анналы пластической, реконструктивной и эстетической хирургии. - М., 2013. - №2. - С. 15-19.
21. Груша Я. О., Киселева Т.Н., Данилов С.С., Маркосян А.Г. Глазной кровоток до и после трансконъюнктивальной пластики орбиты// Вестник офтальмологии. - М., 2014. - Том 130, №5. - С. 11-15.
22. Гуманенко Е. К. Патогенетические особенности первого периода травматической болезни при острой дыхательной недостаточности // Вестник хирургии. - 2005. - Том 164, №2. - С. 38-42.
23. Давыдов Д.В., Левченко О.В., Михайлюков В.М. Реконструктивная хирургия посттравматических дефектов и деформаций глазницы с

- использованием интраоперационной безрамной навигации// Вестник офтальмологии. – 2014. - №130 (2). – С. 20-26.
24. Давыдов Д.В., Лежнев Д.А., Костенко Д.И. МСКТ-диагностика и планирование хирургического лечения при травмах и посттравматических деформациях стенок глазниц// Доктор Ру. – 2016. - №1 (118). – С. 116-120.
25. Дробышев А.Ю., Кобзева И.В., Дубина Л.Х. в соавт. Современные представления о диагностике и реконструктивно-восстановительном лечении пациентов с посттравматическими дефектами и деформациями костей лицевого скелета// Вестник экспериментальной и клинической хирургии. - 2012. - №1. – С. 181-185.
26. Дурново Е.А., Хомутишникова Н.Е., Мишина Н.В., в соавт. Особенности реконструкции стенок орбиты при лечении травматических повреждений лицевого скелета// Медицинский альманах. – 2013. - №5 (28). – С. 159-161.
27. Дюсембеков Е.К. и др. Краниопластика: применение 3Д имплантов для пластики дефектов черепа // Вестник КазНМУ. – 2016. – № 4. – С. 82–92.
28. Еолчиян С.А. Пластика сложных дефектов черепа имплантатами из титана и полиэтерэтеркетона (РЕЕК), изготовленными по САД/САМтехнологиям// Вопросы нейрохирургии. – 2014. - №4. – С. 3-13.
29. Елифанов С.А., Балин В.Н., Хрыков С.С., Розберг Е.П. Компьютерное моделирование в восстановительной хирургии средней зоны лица// Медицинский вестник Юга России. – 2014. - №2. – С.120-124.
30. Жирнова Н. А. Лабораторная диагностика острого периода травматической болезни при политравме: Автореф. дисс. ... канд. биол. наук. - СПб, 2010. – 28 с.
31. Ибрагимов Д.Д. Клинико-иммунологические аспекты лечения больных с сочетанными травмами костей лица. //дисс. ... док. философии мед. наук: 14.00.21/ - Ташкент., 2020 – 200 с.
- 32.Ильясов Д.М. Обоснование рациональной оториноларингологической тактики у пострадавших с тяжелой сочетанной травмой головы с повреждением пазух носа// Вестник оториноларингологии. – 2012. - №4. – С. 18-21.
33. Закаров А. М. Купирование вторичных факторов повреждения тканей перфтораном в ранней восстановительной терапии тяжелой сочетанной черепно-мозговой травмы: дис. ... канд. мед. наук. – 2007.
34. Икрамов А. И., Кариева З. С. Лучевая диагностика травматического повреждения органа зрения // Український нейрохірургічний журнал. -

2010. - №2. - С. 67-70.

35. Касымов Ф.О., Куликов В.С., Николаенко В.П. в соавт. Механическая травма органа зрения// Учебное пособие. СПб, Издательство ГБОУ ВПО СЗГМУ им. И.И. Мечникова. - 2015. - 51 с.

36. Кобзева И.В. Особенности диагностики и планирования лечения пациентов с посттравматическими дефектами и деформациями средней зоны лица// автореф. дис. ... канд. мед. наук: 14.01.14 / Москва. - 2013. - 225 с.

37. Кокорев В.Ю. Рябцева А.А., Стучилов В.А., Ларионов К.С. Коордиометрические исследования глазодвигательных нарушений при «взрывных» переломах глазницы (описание случаев)// Альманах клинической медицины. - 2015. - №36 – С.78-81.

38. Комаров П. Д., Шерстобитов А. В. Использование актовегина в коррекции нарушений функционального состояния гемодинамики у пострадавших с тяжелой механической травмой в раннем посттравматическом периоде // Альманах анестезиол. и реаниматол. – 2007. – №7. – С. 34-35.

39. Кондрашов А. Н., Алтанец А. В., Кондрашова И. А. Сочетанная черепно-мозговая травма с повреждением опорно-двигательного аппарата: принципы диагностики и лечения // Украинський журнал екстремальної медицини імені Г. О. Можасва. – 2008. - Том 9, №1.

40. Коханов А. В. Иммунологические показатели клинической оценки черепно-мозговой и скелетной травмы: Автореф. ... дисс. д-ра. мед. наук. – Москва, 2009. – 34 с.

41. Коробова Л.С., Подусков Е.В. Небный путь крыло-небной анестезии при пластике нижней стенки орбиты в офтальмохирургии у детей// Вестник интенсивной терапии. - М., 2015. - №2. - С. 57-60.

42. Кулдашев Д. Р. Экспертная оценка диагностики и лечения переломов конечностей у больных с сочетанной черепно-мозговой травмой // Актуальные проблемы нейрохирургии // Материалы научнопрактической конференции. - Ташкент, 2008. - С. 77-78.

43. Лаврова О. К. Диагностическое значение различий в биохимической картине крови при политравме // Современные технологии в травматологии и ортопедии. - М., 2006. – 78 с.

44. Лазарь А. Д. Клиническое течение и хирургическая тактика при черепно-мозговой травме сочетанной с внутричерепными повреждениями у детей: Автореф. дисс. ... канд. мед. наук. – Москва, 2010. – 39 с.

45. Лебедев М.В., Оленникова М.М., Бахтурина Ю.А. Частота и структура

повреждения органа зрения при сочетанных травмах в дорожнотранспортных происшествиях// Вестник Российской военномедицинской академии. – 2015. - №2 (50). – С. 92-95.

46. Левченко О. В., Михайлюков В. М., Давыдов Д. В. Безрамная навигация в хирургии посттравматических дефектов и деформаций краниоорбитальной области // Нейрохирургия. - 2013. - № 3. - С. 9–14.

47. Левченко О.В., Крылов В.В., Давыдов Д.В. в соавт. Рентгеновская компьютерная томография для оценки эффективности хирургической реконструкции посттравматических дефектов и деформаций глазницы// Нейрохирургия. – 2014. - №1. – С. 29-33

48. Лежнев Д. А., Аббясова О. В., Трутень В. П. Цифровые технологии в лучевой диагностике деструктивных изменений челюстно-лицевой области // Вестник рентгенолаборантов и рентгентехнологов. - Донецк, 2007. – Том 12, №2. – С. 25-27.

49. Лежнев Д. А., Васильева А. Ю., Серова Н. С., Трутень В. П. Лучевая диагностика травматических повреждений костей лицевого скелета // Вестник рентгенолаборантов и рентгентехнологов. – Донецк, 2007. – Том 12, №2. – С. 7-8.

50. Лежнев Д. А. Лучевая диагностика сочетанных повреждений костей лицевого черепа и структур орбиты. - Москва: Эслан, 2006. – 44 с.

51. Лежнев Д. А. Лучевое обследование пострадавших с множественной и комплексной травмой челюстно-лицевой области // Российский медицинский форум-2007: Материалы II конгресса. – Москва, 2007. – С. 95-96.

52. Лежнев Д. А. Лучевые методы визуализации изолированных повреждений челюстно-лицевой области // Российский медицинский форум-2007: Материалы II конгресса. – М., 2007. – С. 96-98.

53. Лепилин А.В. Клинико-статистический анализ травматических повреждений челюстно-лицевой области и их осложнений по материалам работы отделения челюстно-лицевой хирургии за 2008–2012 годы// Саратовский научно-медицинский журнал. - 2013. - Т. 9. - № 3. - С. 425–428.

54. Маланчук В.А., Астапенко Е.А., Чепурной Ю.В. Возможности реконструкции орбиты и придаточного аппарата глаза у больных с повреждениями средней зоны лица // Современная стоматология. - 2013. - №2. – С. 46- 48

55. Мамазаров К. Особенности диагностики сочетанной черепно-мозговой травмы с повреждением органов брюшной полости и забрюшинного пространства // Материалы IV съезда нейрохирургов

России. - М., 2006. - 350 с.

56. Марков А. Стабильный металоостеосинтез фрагментов костей краниофациального перехода при первичной хирургической обработке краниобазальных повреждений // Материалы IV съезда нейрохирургов России. - М., 2006. – 351 с.

57. Маркеева М.В., Николенко В.Н., Алешкина О.Ю. в соавт. Применение краниометрических данных решетчатой кости, полученных с помощью компьютерной краниометрии, в клинической практике врача оториноларинголога // REJR. – 2017. - №7 (4). – С. 9-14.

58. Махматмуминов С. Н., Рахманов Р. К. Принципы оказания медицинской помощи при сочетанной черепно-мозговой травме // Актуальные проблемы нейрохирургии: Материалы научнопрактической конференции. - Ташкент, 2008. - С. 83-85.

59. Милосердов В. П. Научное обоснование организации стационарной специализированной помощи населению региона и пути повышения эффективности и качества в современных условиях: Автореф. дис. ... д-ра мед. наук. - СПб., 2005. - 44 с.

60. Могильницкий Г. Л., Кургульский А. Г., Паремский В. К. Лечение пострадавших с сочетанной травмой челюстно-лицевой области // Технологии XXI века в стоматологии и челюстно-лицевой хирургии. - Тверь, 2008. - С. 89-90.

61. Медведев Ю. А., Николенко В.Н., Волкова В.А., Петрук П.С. Анатомо-топометрические показатели нижней стенки глазницы в травматологии скулоглазничного комплекса// Российский стоматологический журнал. - М., 2015. - Том 19, №4. - С. 9-12.

62. Мошетьова Л.К. Травма орбиты: судебно-медицинская оценка ее исходов// Неотложная медицинская помощь. - М., 2016. - №1. - С. 30-32.

63. Надеждин С.В. Оценка биосовместимости и биорезистентности заготовок имплантатов из никелида титана с модифицированными наноразмерными 134 поверхностными слоями в опытах *invivo* // Биомедицина. – 2016. - №1. - С.95-101.

64. Новожилов А. В. Мониторинг сочетанной механической травмы: Автореф. дисс. ... канд. мед. наук. – Иркутск, 2009. – 23 с.

65. Николаенко А.Н. Применение 3D-моделирования и трехмерной печати в хирургии (обзор литературы)// Medline.Ru Хирургия. - 2018. – Том 18. - С. 20-44.

66. Петрук П.С., Медведев Ю.А., Поляков К.А. Выполнение реконструктивно-восстановительных операций с применением материалов с эффектом памяти формы при травматических

- повреждениях латерального отдела средней зоны лицевого скелета//
Российский стоматологический журнал. – 2015. - №6. – С. 51-52.
67. Орлов С. В., Ермаков А. В. Анализ смертности населения
калининградской области от множественных и сочетанных травм //
Поленовские чтения: Материалы Всероссийской научно-практической
конференции. - СПб., 2008. - С. 67-68.
68. Осиповский Н. А., Юдакова Т.Н., Мангус А. Э. и др. Тяжелая
сочетанная травма - актуальная проблема для многопрофильного
стационара // Сочетанная черепно-мозговая травма. - Омск, 2005. - С.
141-142.
69. Остапченко Д. А. Гипоксия и ее коррекция у больных с тяжелой тупой
и сочетанной травмой груди: дис. ... д-ра мед. наук. - М., 2005.
70. Пасько В. Г. Лечение полиорганной недостаточности у пострадавших
с сочетанной травмой // Новости анестезиологии и реаниматологии. -
2008. - №3. – С. 3-30.
71. Педаченко Е. Актуальные проблемы неотложной помощи при
черепно-мозговой травме (ЧМТ) // Материалы IV съезда нейрохирургов России.
- М., 2006. – 362 с.
72. Петрова Н. Г., Закарян А. А., Стожаров В. В. Анализ показателей
инвалидности взрослого населения вследствие травм, полученных в
результате дорожно-транспортных происшествий // Скорая
медицинская помощь. - 2007. - Том 8, №1. - С. 26-28.
73. Полторацкий В., Феськов А. Тактика и результаты лечения сочетанной
черепно-мозговой травмы // Материалы IV съезда нейрохирургов
России. - М., 2006. – 363 с.
74. Потапов А., Корниенко В., Кравчук А. и др. Современные технологии в
диагностике, лечении и прогнозировании исходов черепно-мозговой
травмы // Материалы IV съезда нейрохирургов России. - М., 2006. – 364
с.
75. Прохвятилов Г. И., Тактика при оказании специализированной
медицинской помощи пострадавшим с сочетанной травмой челюстнолицевой
области // Военно-медицинский журнал. - 2006. - Том 327, №1.
- С. 32-34.
76. Рациональный выбор реваскуляризуемого аутотрансплантата при
реконструкции средней зоны лица / Вербо Е.В. и соавт. // Стоматология.
- 2019.-N 2.-С.51-59
77. Родкевич А.А. Реконструктивная челюстно-лицевая хирургия с
использованием материалов и имплантатов с памятью формы// ООО
«НПП МИЦ». - 2016. – С. 29-41.

78. Розанов В. Е., Михайлов Г. Е., Бондаренко А. В. и др. Некоторые механизмы развития острого респираторного дистресс-синдрома у пострадавших с тяжелой сочетанной травмой // Современные технологии в травматологии и ортопедии. - М., 2006. – 80 с.
79. Рошаль Л., Семенова Ж., Кешишян Р. и др. Актуальные вопросы в лечении тяжелой сочетанной и изолированной черепно-мозговой травмы // Материалы IV съезда нейрохирургов России. - М., 2006. – 366 с.
80. Рынденко С. В., Феськов С. В., Чернов А. Л. Опыт организации оказания помощи пострадавшим с политравмой в мегаполисе // Новые технологии в военно-полевой хирургии и хирургии повреждений мирного времени. - СПб., 2006. - С. 341-342.
81. Серова Н. С. Лучевая диагностика сочетанных повреждений костей лицевого черепа и структур орбиты: дис. ... канд. мед. наук. – 2006. – 154 с.
82. Синь Я. Хирургическое лечение переломов скулоглазничного комплекса с повреждением стенок верхнечелюстного синуса// автореферат дис. ... канд. мед. наук: 14.01.14/ – М. - 2014. – 24 с.
83. Сироткина И.А., Бухарина Е.С. Особенности реконструкции нижней стенки орбиты у пациентов с анофтальмом// ВЕСТНИК ОГУ. – 2014. - №173 (12). – С. 268-270
84. Соколов В. А. "Damage control" современная концепция лечения пострадавших с критической политравмой // Вестник травматологии и ортопедии. - 2005. - №1. - С. 81-84.
85. Соколов В. А., Иванов П. А., Бялик Е. И., Файн А. М., Диденко О. А. Выбор метода окончательной фиксации открытых переломов длинных костей у пострадавших с политравмой // Материалы Третьей научнообразовательной конференции травматологов-ортопедов Федерального медико-биологического агентства «Современные проблемы травматологии и ортопедии». - Дубна, 2007. – 87 с.
86. Соловьева А.А. Анатомо-топометрическое обоснование способов восстановления скулоальвеолярного контрфорса при переломах скулоглазничного комплекса: автореф. дис. ... канд. мед. наук: 14.01.14, 14.03.01/ - М. - 2014. – 24 с
87. Стожаров В. В., Закарян А. А., Гулуа Г. Ф. и др. О мерах по повышению доступности и качества медицинской помощи пострадавшим от тяжелых производственных травм // Скорая медицинская помощь. - 2006. - Том 7, №4. - С. 55-58.
88. Суворов В. Клинико-патогенетическое обоснование методики оценки

- тяжести состояния у пострадавших с тяжелой травмой в динамике травматической болезни: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. - СПб., 2005. - 25 с.
89. Стучилов В.А., Никитин А.А., Секирин А.Б. в соавт. Компьютерное моделирование и лазерные технологии в реабилитации пациентов при травме средней зоны лица // Альманах клинической медицины. – 2015. - №36. – С. 82-89.
90. Сыркина Н. В. Хирургическая тактика при тяжелой сочетанной ЧМТ с компрессией головного мозга и внечерепными повреждениями // Поленовские чтения: Матер. Всеросс. науч.-практ. конф. - СПб., 2007. – 54 с.
91. Терехов М. В., Касумов В. Р. Ошибки диагностики и тактики хирургического лечения больных с тяжелой ЧМТ // Поленовские чтения: Материалы Всероссийской научно-практической конференции. - СПб., 2007.–55 с.
92. Тошбоев С. М. Судебно-медицинская оценка летальности больных с сочетанной черепно-мозговой травмой // Актуальные проблемы нейрохирургии: Материалы научно-практической конференции - Ташкент, 2008. – 91 с.
93. Трунин Е. М., Смирнов В. Ю., Шабанов А. А. Рациональная тактика лечения ранений шеи в условиях многопрофильной клинической больницы скорой медицинской помощи // Скорая медицинская помощь. - 2006. - Том 7, №4. - С. 59-64.
94. Тулеуов К.Т., Мадраимов Н.Б., Бишенов К.С. Лучевая диагностика при переломах скулоорбитального комплекса // Вестник КазНМУ. – 2017. - №5. – С. 25-31
95. Турабов А. А., Рабинович С. С., Махкамов К. Э., Бурнашев М. Э., Валиев Э. Ю., Мусаев Т. С. Исходы сочетанной черепно-мозговой и скелетной травмы в г. Ташкенте // Бюллетень сибирской медицины. - 2008. - №5. - С. 177-181.
96. Фраерман А. П., Кравец Л. Я., Шелудяков А. Ю. и соавт. Сдавление головного мозга при изолированной и сочетанной черепно-мозговой травме. - Н. Новгород, 2008. - 328 с.
97. Харитонов Д. Ю., Сочетанное повреждение лицевого скелета при тяжелой черепно-мозговой травме у детей // Российский педиатрический журнал. - 2008. - №1. - С. 29-31.
98. Харитонов Д. Ю., Сочетанное повреждение лицевого скелета при тяжелой черепно-мозговой травме у детей // Российский педиатрический журнал. - 2008. - №1. - С. 29-31.

99. Хацкевич Г.А., Соловьев М.М., Онохова Т.Л. Редкое позднее осложнение имплантации силикона в орбиту // Офтальмологические ведомости. – 2016. – Т.9. - №3. – С. 55-60
100. Худойбердыев К. Т., Кулдашев К. А., Кулдашева З. К. и соавт. Организационные и лечебно-диагностические аспекты сочетанных травм // Актуальные проблемы нейрохирургии // Материалы научнопрактической конференции - Ташкент, 2008. - С. 10-11.
101. Чмелёв В. С., Качков И. А. Организация экстренной нейрохирургической помощи больным с тяжелой сочетанной черепно мозговой травмой // Нейрохирургия. - 2007. - №2. - С. 62-67.
102. Чупова Н.А. Функциональная мультиспиральная компьютерная томография (фМСКТ) в оценке мышц глаза при механическом повреждении// дис. ... канд. мед наук. - М., 2013. - 116 с.
103. Шангина О. Р. Биомеханическая характеристика соединительнотканых аллотрансплантатов для восстановления стенок орбиты// Морфология. - СПб., 2016. - Том 149, №3. - С. 234.
104. Шомуродов К.Э., Курьязова З.Х., Исомов М.М., Мукимов И.И. Совершенствование хирургического лечения переломов нижней стенки орбиты// Stomatologiya. – 2017. - №2(67). – С. 78-80.
105. Шапот Ю. Б., Бесаев Г. М., Тулупов А. Н., Тания С. Ш., Багдасарьянц В. Г., Круглова М. А., Дзодзуашвили К. К. Успешное лечение переднего «реберного клапана» аппаратом внешней фиксации // Вестник хирургии им. И. И. Грекова. – 2007. – Том 166, №4. – С. 86-87.
106. Шукрин А. А., Бреснев В. П., Рябуха Н. П. Структура черепно-мозговой травмы в г. Адене (Йемен) и особенности медицинской помощи // Поленовские чтения: Материалы Всероссийской научнопрактической конференции. - СПб., 2007. – 65 с.
107. Щербакова Л. Н., Бессекеев А. А., Молчанова Л. В. Влияние объема кровопотери у больных с тяжелой механической травмой на величину холестерина коэффициента // Общая реаниматология. – 2006. – №5-6. – С. 44-49.
108. Яковенко И. В. Медико-социальные аспекты сочетанной черепно мозговой травмы и пути совершенствования медицинской помощи пострадавшим (в городах с различной численностью населения): Дис. ... д-ра мед. наук. - СПб., 2008. - 304 с.
109. Яценко О.Ю., Тюрин И.Е. Рентгеноанатомия орбиты. Часть 1. Костная орбита и ее вершина // Вестник рентгенологии и радиологии. – 2015. - №3. – С. 5-11.

110. Agostini C., Durieux M., Milot L. et al. Value of double reading of whole body CT in polytrauma patients // J. Radiol. - 2008. - Vol. 89, №3. - Pt. 1. - P. 325-330.
111. Aldrian S., Nau T., Koenig F. et al. Management of Polytrauma Patients During 10 Years // Osteo trauma care. - 2007. - Vol. 14. - P. 93-97.
112. Ali M.J., Naik M.N., Kaliki S., Dave T.V. Interactive navigation guided ophthalmic plastic surgery: the techniques and utility of 3-dimensional navigation // J Ophthalmol. - 2017 Jun. - №52(3). – P. 250-257.
113. Al-Moraissi E.A., Thaller S.R., Ellis E. Subciliary vs. transconjunctival approach for the management of orbital floor and periorbital fractures: A systematic review and meta-analysis // J Craniomaxillofac Surg. – 2017. - 45(10). – P. 1647-1654.
114. Başağaoğlu B., Steinberg A., Tung I.T., Olorunnipa S. Oculocardiac Reflex as a Late Presentation of Orbital Floor Fracture // J Craniofac Surg. 2018 Oct. -№29(7). – P.720-722.
115. Bernardini F.P., Nerad J., Fay A., Zambelli A. The Revised Direct Transconjunctival Approach to the Orbital Floor // Ophthalmic Plast Reconstr Surg. – 2017. - 33(2). – P. 93-100.
116. Birkenfeld F., Behrens E., Flörke C., Rohnen M. Mechanical resistance of the periorbita and the orbital floor complex--are isolated orbital floor fractures only a soft tissue problem? // Int J Oral Maxillofac Surg. – 2016. – 45(3). – P. 279-283.
117. Bissada E., Chacra Z. A., Ahmarani C., Poirier J., Rahal A. Orbitozygomatic complex fracture reduction under local anesthesia and light oral sedation // J Oral Maxillofac Surg. – 2008. – Vol. 66, №7. – P. 1378-82.
118. Bouguila J., Zairi I., Khonsari R. H., Hellali M., Mehri I., Landolsi A., Zitouni K., Mokhtar M., Adouani A. Orbital floor reconstruction using porcine small intestinal submucosa // Med Sci Monit. – 2008. – Vol. 14, №11. – P. 227-30.
119. Bouhours G., Lehoussé T., Mylonas J. et al. Audit of the prehospital management of severe head injured patients in the "Pays-de-la-Loire" region // Ann. Fr. Anesth. Reanim. - 2008. - Vol. 14. - P. 17-23.
120. Cavalcanti A. L., Melo T. R. Silent sinus syndrome presenting as enophthalmos long after orbital trauma // J. Neuroophthalmol. – 2008. – Vol. 28, №2. - P. 107-10.
121. Chang M., Yang S.W., Park J.H., Lee J. Using the Endoscopic Transconjunctival and Transcaruncular Approach to Repair Combined Orbital Floor and Medial Wall Blowout Fractures // J Craniofac Surg. – 2017. – P. 963-966.

122. Chaudhry O., Isakson M., Franklin A., Maqusi S. Facial Fractures: Pearls and Perspectives// *Plast Reconstr Surg.* – 2018. - 141(5). – P. 742e758e.
123. Chen C. H., Wang T. Y., Tsay P. K., Lai J. B., Chen C. T., Liao H. T., Lin C. H., Chen Y. R. A 162-case review of palatal fracture: management strategy from a 10-year experience // *Plast Reconstr Surg.* - 2008. - Vol. 121, №6. - P. 2065-73.
124. Chesnut R. M. Care of central nervous system injuries // *Surg. Clin. North. Am.* - 2007. – Vol. 87, №1. - P. 119-156.
125. Chiarella Sforza, Alessandro Ugolini, Davide Sozzi, Domenico Galante, Andrea Mapelli, Alberto Bozzetti. Three- dimensional mandibular motion after closed and open reduction of unilateral mandibular condular process fractures // *Journal of cranio-maxillo-facial surgery.* – 2011. - №39. – P. 249-255.
126. Christensen B.J., Zaid W. Inaugural Survey on Practice Patterns of Orbital Floor Fractures for American Oral and Maxillofacial Surgeons// *J Oral Maxillofac Surg.* – 2016. - 74(1). – P. 105-122.
127. Chung S.Y., Langer P.D. Pediatric orbital blowout fractures// *Curr Opin Ophthalmol.* – 2017. - 28(5). – P. 470-476.
128. Clinical application of three-dimensional printing in the personalized treatment of complex spinal disorders / Y.-T. Wang [et al.] // *Chinese Journal of Traumatology.* – 2016. – Vol. 19. – № 1. – P. 31-34.
129. Cui J., Chen L., Guan X., Ye L., Wang H., Liu L. Surgical planning, three-dimensional model surgery and preshaped implants in treatment of bilateral craniomaxillofacial post-traumatic deformities// *J Oral Maxillofac Surg.* - 2014 Jun. -72(6). – P. 1138.
130. Dakir A., Muthumani T., Prabu N.P. One point fixation of zygomatic tripod fractures in the zygomatic buttress through Keen's intraoral approach: A review of 30 cases// *J Pharm Bioallied Sci.* – 2015. - №7(Suppl 1). – P.238-241.
131. Davies J.C., Chan H.H.L., Bernstein J.M. Orbital Floor Reconstruction: 3-Dimensional Analysis Shows Comparable Morphology of Scapular and Iliac Crest Bone Grafts// *J Oral Maxillofac Surg.* – 2018. - 76(9). – P. 2011-2018.
132. Dinko Leovic, Verdan Zubcic, Mirta Kopic, Marco Matijevic, Davorin Danic. Posstrumatic subperiosteal orbital hematoma // *Journal of cranio-maxillo-facial surgery.* – 2010. - №39. – P. 131-134.
133. Drage N. A., Sivarajasingam V. Combined use of bioimplants and carbotexim-m in surgery for traumatic orbital deformities // *Vestn Oftalmol.* – 2008. – Vol. 124, №3. – P. 30-6.

134. Enber Y., D. Golani, D. Ophir, Y. Finkelstein. Penetrating injury of maxilla by needlefish jaws // Journal of crani0-maxillo-facial surgery. – 2009. - №37. – P. 235-288.
135. Felding U.N. Blowout fractures - clinic, imaging and applied anatomy of the orbit// Dan Med J. – 2018. - 65(3). – P. 148-152.
136. Ferraz F. H., Schellini S. A., Schellini R. C., Pellizon C. H., Hirai F. E., Padovani C. R. Reconstruction of orbital wall defects with bioactive glass plates // J. Oral Maxillofac Surg. – 2008. – Vol. 66, №4. – P. 639-46.
137. Firriolo J.M., Ontiveros N.C., Pike C.M., Taghinia A.H. Pediatric Orbital Floor Fractures: Clinical and Radiological Predictors of Tissue Entrapment and the Effect of Operative Timing on Ocular Outcomes// J Craniofac Surg. – 2017. – 28(8). - P. 1966-1971.
138. Fu K., Liu Y., Gao N., Cai J. Reconstruction of Maxillary and Orbital Floor Defect With Free Fibula Flap and Whole Individualized Titanium Mesh Assisted by Computer Techniques// J Oral Maxillofac Surg. – 2017. - 75(8). – P. 1791 – 1795.
139. Gander T., Essig H., Metzler P., Lindhorst D. et al. Patient specific implants (PSI) in reconstruction of orbital floor and wall fractures// J Craniomaxillofac Surg. – 2015. - 43(1). – P. 126-130.
140. Geeting G. K., Benaknin J. E. Eye pain and double vision: superior orbital wall fracture with retro-orbital hematoma // Ann Emerg Med. – 2008. – Vol. 52, №4. – P. 473-481.
141. Greg J. Knepil, Richard A. Loukota. Outcomes of prophylactic antibiotics following surgery for zygomatic bone fractures // Journal of crani0-maxillo-facial surgery. – 2010. - №38. – P. 131-133.
142. He D., Zhang Y., Ellis E. 3. Panfacial fractures: analysis of 33 cases treated late // J Oral Maxillofac Surg. – 2007. – Vol. 65, №12. – P. 2459-65.
143. Herford A.S., Miller M., Lauritano F., Cervino G. The use of virtual surgical planning and navigation in the treatment of orbital trauma// Chin J Traumatol. – 2017. – 20(1). – P. 9-13.
144. Hink E.M., Wei L.A., Durairaj V.D. Clinical features and treatment of pediatric orbit fractures// Ophthalmic PlastReconstr Surg. – 2014. - 30(2). – P. 124-131.
145. Huempfer-Hierl H., Bohne A., Schaller A. et al. Does facial soft tissue protect against zygomatic fractures? Results of a finite element analysis// Head & Face Medicine. – 2015. – Vol.11. - №21. - P.1-8.
146. Hwang W.J., Lee D.H., Choi W., Hwang J.H. Analysis of Orbital Volume Measurements Following Reduction and Internal Fixation Using Absorbable Mesh Plates and Screws for Patients With Orbital Floor Blowout

- Fractures// J. Craniofac Surg. – 2017. - 28(7). – P. 1664-1669.
147. Iatrou I. N., Theologie-lygidakis F. Tzerbos. Surgical protocols and outcome for the treatment of maxillofacial fractures in children: 9 years experience // Journal of cranio-maxillo-facial surgery. – 2010. - №38. – P. 511-516.
148. Iwanaga J., Watanabe K., Oskouian R.J., Tubbs R.S. Previously undescribed palpebral branch from the infraorbital canal: Application to surgery of the eyelid and treatment of orbital floor fractures// Clin Anat. – 2017. - 30(6). – P. 835-838.
149. Jacobs S.M., McInnis C.P., Kapeles M., Chang S.H. Incidence, Risk Factors, and Management of Blindness after Orbital Surgery// Ophthalmology. – 2018. - 125(7). – P. 1100-1108.
150. Kang S., Kwon J., Ahn C.J., Esmaeli B. et al. Generation of customized orbital implant templates using 3-dimensional printing for orbital wall reconstruction// Eye (Lond). – 2018. - 32(12). – P. 1864-1870.
151. Kashimura T., Soejima K., Kikuchi Y., Nakazawa H. Stability of Orbital Floor Fracture Fixation After Endoscope-Assisted Balloon Placement// J Craniofac Surg. – 2017. - 28(7). – P. 669-672.
152. Kim H.E., Jang S.Y., Yoon J.S. Combined orbital floor wedge implant and fornix reconstruction for postenucleation sunken socket syndrome// Plast Reconstr Surg. – 2014. - 133(6). – P. 1469-1475.
153. Kim H.S., Jeong E.C. Orbital Floor Fracture// Arch Craniofac Surg. – 2016. - 17(3). – P. 111-118.
154. Kim T.H., Park I.H., Hong S.H., Eun S.C. Sliced Costochondral Chip Grafts in Posttraumatic Enophthalmos Correction// J Craniofac Surg. – 2017. - 28(2). – P. 418-421.
155. Koryczan P, Zapała J, Wyszynska-Pawelec G. Reduction in visual acuity and intraocular injuries in orbital floor fracture// Folia Med Cracov. – 2015. - 55(3). – P. 49-56.
156. Kyllar M., Štembírek J., Danek Z., Hodan R. A porcine model: surgical anatomy of the orbit for maxillofacial surgery// Lab Anim. – 2016. - 50(2). – P. 125-136.
157. Laverick S., Patel N., Jones D. C. Maxillofacial trauma and the role of alcohol // Br J Oral Maxillofac Surg. – 2008. – 5 p.
158. Li R., Zhang R., Li W. et al. Analysis of 126 hospitalized elder maxillofacial trauma victims in central China// Med Oral Patol Oral Cir Bucal. - 2015.-Vol.20. - №4.- P.464-470.
159. Lichtenstein J.T., Zeller A.N., Lemound J., Lichtenstein T.E. 3DPrinted Simulation Device for Orbital Surgery// J Surg Educ. – 2017. - 74(1).

– P. 2-8.

160. Liu S.R., Song X.F., Li Z.K., Shen Q. Postoperative Improvement of Diplopia and Extraocular Muscle Movement in Patients With Reconstructive Surgeries for Orbital Floor Fractures// *J Craniofac Surg.* – 2016. - 27(8). – P. 2043-2049.

161. Mahmoud S.M. Aesthetic and Functional Outcome of Zygomatic Fractures Fixation Comparison With Resorbable Versus Titanium Plates // *Ann Plast Surg.* – 2016. - №76. – Suppl.1. – P.85-90.

162. McGalliard R.J., Kimpton J., McLeod N.M.H. Ophthalmic outcomes of fractured zygomas// *Br J Oral Maxillofac Surg.* – 2017. - 55(4). – P. 363-366

163. Morita D., Numajiri T., Tsujiko S., Nakamura H. Secondary Maxillary and Orbital Floor Reconstruction With a Free Scapular Flap Using Cutting and Fixation Guides Created by Computer-Aided Design/ComputerAided Manufacturing// *J Craniofac Surg.* – 2017. - 28(8). – P. 2060-2062.

164. Müller C.W. A Novel Shape Memory Plate Osteosynthesis for Noninvasive Modulation of Fixation Stiffness in a Rabbit Tibia Osteotomy Model// Article ID 652940. - 2015. – 8 p.

165. Nekooei S., Sardabi M., Razavi M.E., Nekooei A., Kiarudi M.Y. Implantation of Customized, Preshaped Implant for Orbital Fractures with the Aid of Three-dimensional Printing. Middle East // *Afr J Ophthalmol.* - 2018 Jan-Mar. - 25(1). - P. 56-58.

166. Ono M.C. Ono S.E., Oliveira G.A. Cruz E. et al. Closed reduction and percutaneous Kirschner wire fixation in the treatment of simple zygoma fractures: orbital volumetric outcomes// *J Craniofac Surg.* – 2014. –Vol.25. - №4. – P.1404-1407.

167. Ozer M.A., Govsa F., Kazak Z., Erdogmus S. Redesign and treatment planning orbital floor reconstruction using computer analysis anatomical landmarks// *Eur Arch Otorhinolaryngol.* – 2016. - 273(8). – P. 2185-2191.

168. Park I.H., Lee H.M., Yanagi K. Endoscopic transantral and transnasal repair of orbital floor fracture with the ballooning technique, and classification and characterization of orbital floor fractures// *Am J Rhinol Allergy.* – 2015. - 29(6). – P. 445-448.

169. Park J., Kim J., Lee J., Chang M. Secondary Reconstruction of Residual Enophthalmos Using an Endoscope and Considering the Orbital Floor and Medial Wall Slope// *J Craniofac Surg.* 2016. - 27(4). – P. 992-995.

170. Ramponi D.R., Astorino T., Bessetti-Barrett C.R. Orbital Floor Fractures// *Adv EmergNurs J.* – 2017. - 39(4). – P. 240-247.

171. Reich S.S., Null R.C., Timoney P.J., Sokol J.A. Trends in Orbital

Decompression Techniques of Surveyed American Society of Ophthalmic Plastic and Reconstructive Surgery Members// *Ophthalmic Plast Reconstr Surg.* – 2016. - 32(6). – P. 434-437.

172. Schneidera D., Kämmererb P.W., Schönc G. et al. Etiology and injury patterns of maxillofacial fractures from the years 2010 to 2013 in Mecklenburg-Western Pomerania, Germany: A retrospective study of 409 patients// *Journal of Cranio-Maxillofacial Surgery.* – 2015. – Vol.43. - №10. –P.1948–1951.

173. Seven E., Tellioglu A.T., Inozu E., Ozakpinar H.R. Reconstruction of Orbital Floor With Auricular Concha// *J Craniofac Surg.* – 2017. - 28(7). – P. 713-717.

174. Silverman N., Spindle J., Tang S.X., Wu A. et. al. Orbital floor fracture with entrapment: Imaging and clinical correlations in 45 cases// *Orbit.* – 2017. - 36(5). – P. 331-336.

175. Singh M., Agrawal A., Chaudhary M. et al. Use of three-dimensional plates in mid-face fracture: a prospective study// *J Contemp Dent Pract.* – 2015. – Vol.16. - №7. – P.571-577.

176. Stathopoulos P., Ameerally P. Reconstructing a Traumatic Empty Orbit: Principles, Difficulties of Treatment, and Literature Review// *J Oral Maxillofac Surg.* – 2018. - 76(9). – P. 1952 – 1954.

177. Sukegawa S., Kanno T., Katase N., Shibata A. Clinical Evaluation of an Unsintered Hydroxyapatite/Poly-l-Lactide Osteoconductive Composite Device for the Internal Fixation of Maxillofacial Fractures// *J Craniofac Surg.* – 2016. – Vol.27. - №6. – P.1391–1397.

178. Surgery of Orbital Floor Fractures// *J Craniofac Surg.* – 2017. - 28(4). - P. 1099-1104.

179. Susarla S.M., Duncan K., Mahoney N.R., Merbs S.L. Virtual Surgical Planning for Orbital Reconstruction// *Middle East Afr J Ophthalmol.* – 2015. - 22(4). – P. 442-446.

180. The utility of a multimaterial 3D printed model for surgical planning of complex deformity of the skull base and craniovertebral junction / D. Pacione [et al.] // *Journal of Neurosurgery.* – 2016. – Vol. 125. – № 5. – P. 1194-1197.

181. Vrinceanua D., Banica B. Principles of Surgical Treatment in the Midface Trauma - Theory and Practice // *MAEDICA – a Journal of Clinical Medicine.* - 2014. – Vol.9. - №4. – P.361-366.

182. Wu P.S., Matoo R., Sun H., Song L.Y., Kikkawa D.O., Lu W. Singlestage soft tissue reconstruction and orbital fracture repair for complex facial injuries// *J Plast. Reconstr. Aesthet. Surg.* – 2017. - Feb; №70(2). – P. e1-e6.

183. Yilmaz S.Y., Misirlioglu M., Adisen M.Z. A diagnosis of maxillary sinus fracture with cone-beam CT: case report and literature review// *Craniomaxillofacial Trauma and Reconstruction*. - 2014. -Vol.7. - №2 - P.85-91.
184. Zaleckas L., Pečiulienė V., Gendvilienė I. et al. Prevalence and etiology of midfacial fractures: A study of 799 cases// *Medicina*. – 2015. – Vol.5. - №1. – P. 222–227.