

**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ
УЗБЕКИСТАН**

**САМАРКАНДСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ
ИНСТИТУТ**

На правах рукописи

УДК:616.31-018.4-002-08

МУСАЕВ ЖАМШИД ХАСАНОВИЧ

**ПОВЫШЕНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ ГНОЙНО-
ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ
ОБЛАСТИ.**

5A510401— хирургическая стоматология

Диссертация на соискание академической степени магистра

Научный руководитель:

Т.ф.н. Гаффоров У.Б., PhD, Ибрагимов Д.Д.

Самарканд – 2023 год

Содержание

ВВЕДЕНИЕ	4
ГЛАВА I. ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ	7
1.1. Современные представления об этиологии, патогенезе, клинике, диагностике и лечении гнойно-воспалительных заболеваний челюстно-лицевой области	7
ГЛАВА II. МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ	41
2.1. Общая характеристика клинических наблюдений	41
2.2. Характеристика группы пациентов, критерии включения, верификация диагноза	47
2.3. Методы забора и транспортировки материала, оценка приемлемости полученных образцов	47
2.4. Идентификация микроорганизмов	48
2.5. Определение чувствительности	49
2.6. Статистическая обработка результатов	51
ГЛАВА III. КЛИНИКА И ЛЕЧЕНИЕ ОСТРОГО ГНОЙНОГО ОДОНТОГЕННОГО ВОСПАЛИТЕЛЬНОГО ПРОЦЕССА ОКОЛОЧЕЛЮСТНЫХ ТКАНЕЙ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ТРАДИЦИОННЫХ МЕТОДОВ	54
ГЛАВА IV. КЛИНИКА И ЛЕЧЕНИЕ ОСТРОГО ГНОЙНОГО ОДОНТОГЕННОГО ВОСПАЛИТЕЛЬНОГО ПРОЦЕССА ОКОЛОЧЕЛЮСТНЫХ ТКАНЕЙ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ РАСРВОРА ТАНТУМ ВЕРДЕ», ЗУБОЧЕЛЮСТНОЙ ТРЕНИНГ	63
ЗАКЛЮЧЕНИЕ	76

ВЫВОДЫ.....	80
СПИСОК ЛИТЕАТУРЫ.....	81

ВЕДЕНИЕ

Актуальность исследования. Обращение пациентов в челюстно – лицевой хирургической стационар с острыми одонтогенными гнойно-воспалительными заболеваниями (ООГВЗ) челюстно-лицевой области (ЧЛО), несмотря на разработку и применение новых способов и средств лечения гнойных ран, за последнее время не только не уменьшилось, а, по данным ряда авторов, даже увеличилось (Ксембаев С.С., Ямашев И.Г., 2006; Шихов М.Ю., 2013; Богатов, В.В., 2015). Связано это с глобальным негативным изменением природной среды (урбанизация, естественные и техногенные катастрофы), вследствие чего происходит изменение биологических свойств раневой микрофлоры и иммунной защиты человека, что оказывает негативное влияние на течение раневого процесса. Кроме того, свою очередь вносят: поздняя обращаемость больных за медицинской помощью, адаптация микробов к применяемой антибактериальной терапии, снижение иммунитета у пациентов с длительным наличием очагов инфекции и хроническими заболеваниями и др. (Кузин М.И., Костюченко Б.М., 1990; Ксембаев С.С., Ямашев И.Г., 2006; Богатов, В.В., 2015).

Кроме того, ни один из существующих методов лечения ран на сегодняшний день не удовлетворяет специалистов этой области полностью. Поэтому вопросы их лечения остаются в центре внимания, а актуальность исследований, направленных на разработку новых методов лечения и их социально-экономическая значимость очевидны.

Поиск новых эффективных способов лечения, предупреждающих развитие осложнений, является одной из актуальных проблем челюстно-лицевой хирургии. В свою очередь растет интерес к нелекарственным методам лечения. Пример тому физиотерапевтическое лечение, которое широко используется для уменьшения болевого синдрома, ускорения рассасывания отека и инфильтрации тканей, улучшения кровоснабжения в области воспалительного очага.

В связи с этим встает острая необходимость поиска и разработки доступных и, в то же время, эффективных лекарственных средств и подходов к лечению раневой инфекции, отвечающих современным требованиям.

Цель исследования: Повысить эффективность комплексного лечения больных с гнойно-воспалительными заболеваниями челюстно-лицевой области (ЧЛО) с использованием антисептического раствора Тантум верде и путём зубочелюстного тренинга.

Задачи исследования:

1. Изучить при острых гнойных одонтогенных процессах челюстно – лицевой области микробный пейзаж гнойной раны после вскрытия одонтогенного 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 ЧЛО с применением антисептического раствора Тантум верде и путём зубочелюстного тренинга.

4. Провести сравнительную оценку полученных результатов при традиционном и рекомендуемом комплексном лечении.

Научная новизна:

Научная новизна работы заключается в том, что впервые изучена особенности клинического течения острыми с гнойно-воспалительными заболеваниями челюстно-лицевой области с применением антисептического раствора Тантум верде и путём зубочелюстного тренинга. По данным клинических и дополнительных методов исследований отмечена

положительная динамика послеоперационного течения гнойной раны. Оптимизированы методы комплексного лечения острых гнойных одонтогенных процессах околочелюстных тканей.

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.

Публикации:

Публикации 3, по теме диссертации опубликовано 2 статьи и 1 тезис, научных работ в журналах.

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 _____ иностранных источников.

Глава 1.

ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ

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

заостренные гнойно-воспалительные заболевания (ОГВЗ) челюстно-лицевой площади продолжают захватывать одно из ведущих мест в структуре заболеваний ЧЛО, против проведенные лечебно-профилактические мероприятия, 50-55% болезненных с острыми ГВЗ ЧЛО нуждаются в стационарном лечении. Периоститы челюстей могут повергнуть к этим взыскательным осложнениям как флегмоны, остеомиелиты челюстей, сепсис и. Эти осложнения нередко останавливаются первопричиной инвалидности больных, а иногда приводят к летальности. За прошедшие 10 лет замечается прогресс предоставленной патологии, что обусловлено ростом числа осложнений кариеса, повышением вирулентности микроорганизмов, повышением иммунодефицитных состояний и прочими причинами. Лекарственные вещества употребляемые около излечение воспалительных процессов, не постоянно проворно купируют, а временами приводят к аллергическим состояниям, что нагнетает исцеление генерального заболевания.

Приветствие больных в челюстно – внешний хирургической стационар с острыми одонтогенными гнойно-воспалительными заболеваниями (ООГВЗ) челюстно-лицевой площади (ЧЛО), невзирая на разработку и применение свежее испеченных методов и средств врачевания острогнойных ран, после заключительное время не столько не уменьшилось, а, после предоставленным строя авторов, аж возросло (Ксембаев С. , Ямашев И. , 2006; Шихов М. , 2013; Богатов, В. , 2015). Объединено такое с глобальным неблагоприятным изменением естественной сферы (урбанизация, непринужденные и техногенные катастрофы), благодаря что приключается модифицирование биологических качеств раневый микрофлоры и иммунной обороны человека, что обнаруживает отрицательное воздействие для движение раневого процесса.

Кроме, свою очередность вносят: запоздалая оборачиваемость болезненных после милосердной помощью, адаптация вирусов к применяемой противобактериальной терапии, сокращение иммунитета у пациентов с длительным присутствием источников заразы и долговременными заболеваниями и др. (Кузин М. , Костюченко Б. , 1990; Ксембаев С. , Ямашев И. , 2006; Богатов, В.

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.

Кроме, ни одна собака из существующих способов врачевания ран на сегодня не удовлетворяет профессионалов данной площади полностью. Оттого вопросы их лечения остаются в центре внимания, а актуальность исследований, сориентированных на разработку свежееиспеченных способов врачевания и их социально-экономическая авторитетность очевидны.

Получившее сообщение функциональное хирургическое исцеление острогнойной царапины не выбрасывает классического регионального лекарственного врачевания около повязкой, какое употребительно в каждых условиях, а главное приковывает своей доступностью и простотой. Оставаясь пред данного момента фундаментальной в утилитарной хирургии, эта методика

не лишена немаловажных недостатков. Одним из генеральных изъянов терапии раневого хода представляется то, что некоторые из фармакологических препаратов располагают маловыраженным лекарственным эффектом, в конечном итоге что не абсолютно угнетается микрофлора, замедленно приключается отграничение воспалительного хода и очищение царапины через гнойно-некротических масс. Фундаментальной первопричиной невысокой производительности имеющихся лекарств для лечения острогнойных академий представляется однонаправленность их действия (Измайлов С. ; Абаев Ю ., 2006) . Акцентируют корпоративные и местные признаки заболевания . К количеству корпоративных признаков причисляют вялость, разбитость, больнои, исключительно ежели младенческом году малолеток останавливается капризным, понижается аппетит, продвижение температуры около 37,1-37,5°C [49,75] . Аборигенным признакам заболевания у больнои причисляются асимметрию личики после счёт отёка податливых мануфактур личики . Отёк податливых мануфактур явственно сопоставляется с наличием инфильтрата десны по части «причинного» зуба . Около осмотре полости рта отмечается существование «причинного» зуба . Перкуссия «причинного» зуба нездоровая . Плотнее только с вестибулярной сторонки альвеолярного отростка локализуется инфильтрат . Пальпация инфильтрата активизирует мучительность . Осклизлая наволочка десны в проекции инфильтрата гиперемирована, отёчна, переходная складочка сглажена, при пальпации возможно отслеживаться признак флюктуации . Около локализации хода на верхней челюсти отек испускается для подглазничную область, сторону носогубной борозды, верхнюю усту ; глазная щелку сужена или закрыта . Около периостите нижней челюсти отек мануфактур щеки распространяется на поднижнечелюстную сторону . В месте непринужденного соприкосновения мануфактур личики с острогнойным источником наблюдается воспалительная инфильтрация податливых мануфактур с гиперемией дерматологического покрова, раскручиваются лимфаденит и периаденит поднижнечелюстных лимфатических участков . [50] Необыкновенности телосложения ЧЛО

(большой размер клетчатки, неплохо образованное кровоснабжение) устанавливают корпоративные характеристики воспалительных процессов, какие сопровождаются пространными и проворно нарастающими коллатеральными отеками, инфильтрацией тканей. Учитывая это, вместе с исполнением достаточного хирургического вмешательства, для того профилактики и врачевания осложнений прокладывается противобактериальная и противовоспалительная терапия. Впрочем безостановочно растущий склад лекарственных лекарств и методов физиотерапии, используемых для лечения следствий воспалительного процесса, не постоянно приводит к желаемому результату. Розыск свежееиспеченных результативных методов лечения, предохраняющих формирование осложнений, представляется одной из актуальных заморочек челюстно-лицевой хирургии. В свою очередность произрастает энтузиазм к нелекарственным технологиям лечения. Образчик фолианту физиотерапевтическое лечение, какое свободно употребляется ради убавления болевого синдрома, форсирования рассасывания отека и инфильтрации тканей, усовершенствования кровоснабжения в площади воспалительного очага. Принимая во внимание с этим поднимается пронзительная потребность розыска и разработки вразумительных и, в то же время, результативных целебных лекарств и раскладов к исцелению раневый инфекции, расплачивающихся сегодняшним требованиям. 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 смертность 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 A.

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

Микробиологические нюансы одонтогенной заразы

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

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.

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 ЧЛО 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 разьяснялось 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.

Подобает располагать присутствие, что состав допустимо болезнетворной оральной микрофлоры изменчив и обусловлен возрастом, 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, бактериоидами, 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.* , *Veilonella 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 catharralis, 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 использованье 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 происхождении 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. Vabish, 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 бактериоидов {*B. fragilis*, *B. melaninogenicus*, *B. asaccharolyticus*, *B.*

coagulans, *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. , Саляхова Г. 2012) показали, что видовой персонал микрофлоры не отражает степень предприимчивости регионального и корпоративного заразительного процесса, и не имеет возможности обнаруживаться правдивым аспектом ступени бактериальной загрязнённости раны. По строя авторов, определение нахождения бактерий в 1 г ткани, арестованной изо 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.

Оценка генеральных компаний микробов при гнойно- воспалительных заболеваниях челюстно-лицевой площади.

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 ЧЛЮ 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 неустраимой 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.

Антибиотикотерапия одонтогенной заразы

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 острогноного источника в ЧЛО 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 иммунокоррригирующей терапии.

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

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

Противобактериальные имущества одалживают необыкновенное пространство в излеченье острогноных 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 имущества - 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, этап и стадией многофункционального состояния клетки-эффектора. Счет врачевания обусловлен того, будто выработается согласование в системе микроорганизм - организм - антибиотик. Совершенная гибель возбудителя из 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 разности 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, этак 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 позволила кардинально увеличить действенность продукта в касательстве грам+ микрофлоры (стафилококк, пневмококк) около сохранения 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 обнаружили 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 свежееиспеченной химической текстурой (нолицин, сифлокс, таривид, абакал) после аккредитив антибактериального результата активизирует погибель микроорганизменных клеток сейчас через совсем немного часов.

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

Многокомпонентность микроорганизменных ассоциаций устанавливает потребность веревка антибиотиков, функциональных о генеральных возбудителей инфекции. Одним из таких 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 ТЕМ-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 изо 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 бактероидам. 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

приспосабливаются антибиотики «двойного действия». Кое-какие цефалоспорины (цефотаксим), отдельные свежеспеченные 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.

Радиорезистентность генеральных одонтогенных патогенов к антибактериальным продуктам

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 цефалоспоринам, 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 оксациллину, 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 впервые водилась изображена напоследок 80-х годов (Романенко И. , Конев С. , Гандылян К. , Елисеева Е. , Лысенко М. , Апагуни А. , Крохмаль С.

Антибиотикотерапия останавливается неэффективной, 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 промежуду 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 разворачивается 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.

Прогрессивные взгляды врачевания драматического острогнойного 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 окслизлой 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) выполняется после показаний. [4, 10, 11, 15, 24]

Классические технологии лечения. Физиотерапия драматического острогноного 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. Ежели «причинный» резец белоснежный не препровождает косметической и функциональной ценности не может стать реконструирован терапевтическими методами, ведь его удаляют. Ежели этиологический зуб является безостановочный и представляет функциональную авторитетность то его предохраняют первоначально вырабатывая оттек посредством выработок зуба. Хирургической акции предотвращается специализированная значимостей в сложном излеченье болезненных с острогноными заболеваниями ибо никакая прочая физиотерапия не приведёт к успеху, ежели не будет актуально вскрыт и дренирован центр острогноного воспаления [8]. Для местного обезболивания приспособлять последующие прогрессивные препараты «Ультракаин» 4%-й раствор, «Ультракаинфорте» 4%-й раствор, «Суперкаин» 2%-й состав и др. Использование сегодняшних автохтонных анестетиков сокращает риск, вырабатывания 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 острогноному экссудату, благодаря чему подобает в центре инфильтрата

избить треугольной стати лоскут, захватывающий окслизую 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 вырабатывают направление «причинного» зуба после показаниям. Вероятно его сохранение, ежели он представляет косметическую сиречь многофункциональную авторитетность с хорошо проходимыми корневыми каналами, а да возможно предназначать опорой мостовидного протеза [24]. Для антисептической отделки острогнойной 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 острогнойной 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 составлень с раствором метиленового василькового и облучении

инфракрасным лазерным излучением. Царапины зарубцовывались на протяжении 2- 3 суток. Регионально должно придерживать 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 противовоспалительная физиотерапия с использованием антибиотиков пространного диапазона действия. В хирургической стоматологии чешской 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 излеченье 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 превалированием 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 дезинфицирующего продукта у каких болезненных с пронзительными острогнойными воспалительными процессами 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 ЧЛО имеются исключительно индивидуальные сведения [22]. Должно отметить, что применение дезинфицирующего продукта в зуболечебной практике при остром острогнойном одонтогенном периостите челюстей у больных еще не выучено с позиций клинико-лабораторных (микробиологических, цитологических,) исследований, что и послужило основанием ради выполнения 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 беспроявляющееся дренирование абсцесса нёба. если, иногда островоспалительный центр располагается с язычной стороны нижней челюсти, флюс анатомируют прямолинейным разрезом, который осуществляют больше места перехода слизистой оболочки альвеолярного отростка в подъязычную область.

В послеоперационный момент болезненным определяют лекарственное лечение: антибиотикотерапию определяют исключительно обессиленным лицам с сопутствующими заболеваниями; сульфаниламидные препараты; успокоительные средства; усыпительные препараты. Принимая во внимание без отдачи, что у болезненных прозительным одонтогенным периоститом челюстей выявлено существование заблаговременной микроорганизованной сенсбилизации, которую возможно устранить, обманув характер неспецифической гипосенсбилизующей терапии, всем им определяют последующие препараты: димедрол, диазолин, супрастин и др.

Для удаления гноя, выделяющегося из раны в полость рта, и быстрого рассасывания воспалительного инфильтрата определяют полоскания полости рта (40-42°C) горячим раствором раствора «Декасан и стоморад» после 3-4 раза в сутки. Для антисептических полосканий возможно утилизировать адонис цветочков ромашки, календулы, листка шалфея и прочих целебных растений. Смещение в полости рта (при полоскании) горячей массы раствора представляется действенной гидротермотерапевтической процедурой, способствующей быстрейшему уничтожению воспаления. Применение ради данных монолитнее 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 УВЧ-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 челюстно-лицевой хирургии Самаркандского правительственного милосердного института после момент с 2021 после 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 (18 человек), у каких болезненных с острогнойной островоспалительный хода ЧЛЮ групповая врачевания велось классическим методом; и пациенты с рекомендуемым комплексным исцелением (21 человек), у каких болезненных с острыми острогнойными процессами околочелюстных мануфактур в составе сложной терапии велось повседневное дезинфицирующее отделки послеоперационной царапины осклизлой оболочки полости рта продуктом Тантум Верде и зубочелюстной тренинг посредством силиконовой подушки. 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 ($M \pm m$)

Возрастные группы пациентов (годы)	Пол							
	Мужчины (n = 21)				Женщины (n = 18)			
	Группа с традиционным лечением		Группа с рекомендуемым лечением		Группа с традиционным лечением		Группа с рекомендуемым лечением	
19-25	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%

	2	11,1 %	1	4,76%	3	16,6 %	2	9,52 %
27-50	4	22,2 %	5	23,80 %	4	22,2 %	5	23,8 %
Старше 50 лет	2	22,2 %	4	19,4%	3	16,6%	4	19,4 %
Сумма	8	44,4 %	10	47,62 %	10	55,6%	11	52,38%
Всего	Абс. 21 53,8 %				Абс. 18 46,2 %			
Итого	Абс. 39. 100%							

Только для излеченья разыскивались 21 (53,8%) мужиков с пронзительными одонтогенными острогнойными воспалительными процессами, изо них у 8 (44,4%) употреблялись классические технологии лечения, а у 10 (55,6 %) у каких болезненных с пронзительными острогнойными процессами верхней и нижней челюсти в составе сложной терапии велось повседневное дезинфицирующее отделки послеоперационной царапины ослизлой оболочки полости рта препаратом Тантум Верде, зубочелюстной тренинг силиконовой подушкой. Кроме стрептомицин предназначили яко выполаскивание оральный полости 5-6 раз сутки на протяжении всей местонахождение в отделение болезненного пред погасание воспалительного процесса. Промежду 18 (46,2 %) женщин, разыскивающихся для лечения, классические технологии употреблялись у 10 (55,6%) человек, а советуемое сложное исцеление — у 11 (52,38%). Немолодой персонал пациентов, единодушно группам распределения, был примерно одинаковым. Следовательно, категории больных водились разделены, как по возрасту, этак и по полу, что разрешает около интерпретации итогов изыскания год и пол исследованных (табл. 2.2)

Таблица 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	14,28%	2	11,1%	2	4,65%	3	16,6%
27-50	4	19,04%	3	16,6%	6	13,95%	5	27,7%
Старше 50 лет	2	9,52 %	2	11,1%	4	9,3%	3	16,6%
Сумма	9	42,85%	7	38,8%	12	57,15 %	11	61,2%
Всего	Абс. 16 41,02%				Абс. 23 58,98%			
Итого	Абс. 39 100%							

Как следует из табл. 2, острый одонтогенные процессы в области верхней челюстей выявлен у 16 (41,02%) человек, нижней-челюсти у 23 (58,98%). 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 средним 18,82% 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=39

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	2	12,5%	
Боковые резцы: 12,22.	2	12,5%	
Клыки: 13, 23	2	12,5%	
Премоляры 14,15,24,25	3	18,75%	
Первые моляры: 16, 26	5	31,25%	Околоушно-жевательной, щёчная, скуловая области
Вторые моляры: 17, 27	1	6,25%	
Третье моляры: 18, 28	1	6,25%	Щёчная, скуловая,
Нижняя челюсть			Ткани нижней губы, угла рта, подбородка, нижнего отдела щёчной области. щёчной, околоушно-жевательной области
Центральные резцы: 31,41	2	8,68%	
Боковые резцы: 32, 42	2	8,69%	
Клыки: 33, 43	2	8,69%	
Премоляры 14,15,24,25	3	13,04%	
Первые моляры: 36, 46	6	26,08%	
Вторые моляры: 37, 47	4	17,39%	
Третье моляры: 38, 48	2	8,69%	подчелюстной областей
Итого	39	100%	

Думается из табл. 3, плотнее только родником выработывания пронзительных одонтогенных процессов верхней челюсти являлись главные моляры — у 5 (31,25 %) пациентов, на втором месте премоляры - у 6 (18,75%), впоследствии побочные и основные резцы - у 4 (25%) 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 6 (26,08%) пациентов, на втором месте вторые моляры - у 4 (17,39%) пациентов. Материалы показатели согласуются 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 гнойно воспалительными процессами околочелюстных мануфактур употреблялись общепризнанные технологии диагностики и лабораторские изыскания контроль и консультации челюстно-лицевого доктора и прочих профессионалов по показании.

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 ортопантомография 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 отделения муниципальной милосердной соединении мегаполисы Самарканда. Генеральные медицинские признаки около предоставленной патологии презентованы в табл. 2.4

Таблица 2.4

Основные клинические симптомы при одонтогенных воспалительных процессах
n=39

Клинические симптомы	Группа пациентов с традиционным лечением (n = 18)		Группа пациентов с рекомендуемы м комплекси, лечением (n = 21)		Итого	
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
Болевой синдром	18	100%	21	100%	39	100%
Иррадиация боли	14	77,7%	16	76,19%	30	76,92%
Коллатеральный отек мягких тканей лица	18	100%	21	100%	39	100%
Наличие «причинного» зуба	18	100%	21	100%	39	100%
Болезненная перкуссия «причинного» зуба	18	100%	21	100%	35	100%
Наличие флегмонозного очага	18	100%	21	100%	39	100%

Единодушно табл. 4, у всех 39 (100 %) больных фиксировалось существование болевого синдрома, иррадиация валяйся - у 30 (76,92%). 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, околоушно-жевательной и подчелюстной областей.

У всех болезненных (100 %) выявлено существование «причинного» зуба, и основательная подавленность на вертикальную перкуссию у 39 (100%).

Вчуже околочелюстных податливых мануфактур у 39 (100%) больных фиксировалось существование флегмонозного 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 грибов, чашечку Петри с 5% кровавым агаром и чашечку Петри с Сабуро- агаром вкладывали в лабораторный термостат. Инкубировали в течение 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 нижней 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 клинко-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 Тантум Верде в комплекс лечение.

При лечении драматического острогнойного периостита челюстей мы впервинку использовали дезинфицирующего продукта Тантум Верде. 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 «Тантум Верде» - стрептомицин свежееиспеченного поколения. При местном использованье продукта Тантум Верде неплохо абсорбируется посредством осклизлые оболочки и просачивается в распаленные ткани, раскрывается в плазме менструации счетом, недостающем ради извлечения целых эффектов.

Стрептомицин Тантум Верде ради регионального применения, причисляется к команде индазолов. Обнаруживает антивосполительное 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.

Бензидамин исчезается как правило почками в варианте безынициативных метаболитов сиречь провиантов конъюгации. Идентификация микробов

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 нахождении 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 изо 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 приспособаблявались классические технологии врачевания драматического одонтогенного гнойно воспалительного хода челюстей, разыскивались 18 больных. В динамике врачевания обходилось увлечение для локализацию острогнойного очага, существование асимметрии лица, локализацию инфильтрата в различных анатомических клетчаточных местах челюстно-лицевой области, для всеобщей самочувствие, пропадание недомогай спустя эксплуатационного вмешательство. 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 воспалительного хода при острых острогнойных одонтогенных процессах челюстей у пациентов с традиционным исцелением в подневольности через сторонки поражения (табл.3.1).

Таблица

3.1

Локализация воспалительного процесса при острых гнойных одонтогенных процессах челюстей у пациентов с традиционным лечением (абс., %) n = 18

Количество пациентов	Локализация воспалительного процесса	
	Подглазничная, височная, подвисочная, крылонёбная, щечных областях	Подчелюстная, крылочелюстная, окологлоточная, подбородочная, дна полости рта
8 (44,4 %)	3 (16,6 %)	5 (27,7 %)
10 (66,6 %)	3 (16,6 %)	7 (38,8 %)

Как видно из табл. 3.1 воспалительный процесс локализовался в области верхней челюсти у 6 (33,3 %) пациентов, при этом гнойно-воспалительный процесс формировался в клетчаточных пространствах верхней челюсти — у 3 (16,6%) пациентов поверхностных пространств, в глубоких пространственных клетчаточных областях — у 3 (16,6%). Острый гнойный одонтогенный воспалительные процессы в области нижней челюсти выявлен у 12 (66,6%) пациентов. В поверхностных клетчаточных пространствах у 5 (27,7%), в глубоких — у 7 (38,8%).

Нами, также изучена частота отдельных групп «причинных» зубов при острых гнойных одонтогенных процессах околочелюстных мягких тканей у пациентов с традиционным лечением (табл. 3.2).

Таблица 3.2

Частота отдельных групп- «причинных» зубов при острых гнойных одонтогенных периоститах челюстей у пациентов с традиционным лечением (абс.,%) n = 18

Формула «причинного» зуба	Общее количество «причинных» зубов	
	Абс.	%
Верхняя челюсть		
Центральные резцы: 11, 21	1	5,5 %
Боковые резцы: 12, 22	1	5,5 %
Клыки: 13, 23	1	5,5 %
Первые премолярымоляры: 14, 24	1	5,5 %
Вторые премолярымоляры : 15, 25	-	-
Первые моляры: 16, 26	2	11,1 %
Вторые моляры: 17, 27	-	-
Третье моляры: 18, 28	-	-
Нижняя челюсть		
Центральные резцы: 31, 41	1	5,5 %
Боковые резцы: 32, 42	1	5,5 %
Клыки: 33, 43	1	5,5 %
Первый премоляр: 34, 44	3	16,6 %
Второй премоляр: 35, 45	1	5,5 %
Первые моляры: 36, 46	4	22,2 %
Вторые моляры: 37, 47	1	5,5 %
Третье моляры: 38, 48	-	-

Итого	18	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 воспалительных процессах околочелюстных тканей у пациентов с традиционным лечением (абс.,%) n = 18

	Количество пациентов	Локализация коллатерального отёка мягких тканей челюстно-лицевой области
Верхняя челюсть	2(11,1%)	Верхняя губа, крыло носа, подглазничная
	2(11,1%)	Подглазничная, щечная, скуловая
	2(11,1%)	Щёчная, скуловая, верхний отдел околоушно-жевательной
Нижняя челюсть	5(27,7%)	Ткани нижней губы, угла рта, подбородка, нижнего отдела щечной области
	7(38,8%)	Нижний и средний отдел щечной, околоушно-жевательной и подчелюстной областей

Рассматривая материалы табл. 3,3 около пронзительном острогнойном одонтогенном воспалительном ходу верхней челюсти боковой отек складывался в щёчной, скуловой и верхнем участке околоушно-жевательной площади у 2 (11,1%) пациентов, в подглазничной, щечной и скуловой — у 2 (11,1%), в площади верхней губы, покрывала носа, подглазничной - у 2 (11,1%).

При остром гнойно-воспалительных процессах исподней челюсти боковой отёк податливых мануфактур личики после локализации делился так: по части нательного и посредственного отдела щёчной, околоушно-жевательной и поднижнечелюстной площадей - у 7 (38,8%) человек, по части исподней губы, угла рта, подбородка, нательного отдела щечной площади — у 5 (27,7%) человек.

Тему дренирования острогнойной царапины при острых одонтогенных гнойно-воспалительных процессах околочелюстных мануфактур должно отодвинуть к животрепещущим вопросам. Для дренирования острогнойного источника употреблялись стерильные полосы изо перчаточной резины и марлевые дренажи. Необыкновенностями дренирования острогнойного

источника у пациентов предоставленной категории представляются действия дезинфицирующих и противобактериальных лекарств на микрофлору раны.

Вместе с дренированием острогноной 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 острогноной царапины около пронзительном периостите челюстей завоевывает значимость, поелику тяжесть и длительность движения предоставленной нозологии зависит от видовых и количественных признаков микроорганизменной контаминации острогноной 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 гноных 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, необыкновеннее 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 возбу дителя	Частота встречаемости штаммов		Концен трация возбу дителя
	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 добывала «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	0,192
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	

$M \pm m$ - 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 ± 0,78) %, базофилы - (0,17 ± 0,08) %, эозинофилы - (0,97 ± 0,32) %, лимфоциты - (10,70 ± 0,54) %, моноциты - (4,30 ± 0,44) %, макрофаги - (0,67 ± 0,24) %, плазмоциты — (0,13 ± 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 ± 0,74) %, палочкоядерных нейтрофилов - (0,40 ± 0. 11) %, базофилов 0 %; эозинофилов - (0,43 ± 0,12)%, Статистически авторитетно уменьшилось прибыльное оглавление моноцитов - до (2,90 ± 0,23)%,увеличилось сравнительное оглавление лимфоцитов - (14,47 ± 0,28) % проблематично макрофагов до (0,90 ± 0,16) %, а да статистически авторитетно плазмацитов — (0,37 ± 0,05) %.

ГЛАВА 4

КЛИНИКА И ЛЕЧЕНИЕ ОСТРЫХ ГНОЙНЫХ ОДОНТОГЕННЫХ ПРОЦЕССАХ ОКОЛОЧЕЛЮСТНЫХ ТКАНЕЙ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ АНТИСЕПТИЧЕСКОГО ПРЕПАРАТА «ТАНТУМ ВЕРДЕ И ЗУБОЧЕЛЮСТНОГО ТРЕНИНГА С СИЛИКОНОВОЙ ПОДУШКОЙ»

На кукуане разыскивались да 21 больных, у каких приспособлялись стрептомицин «Тантум Верде», в свойстве дренажа поднадкостничного острогнойного источника около пронзительных острогнойных одонтогенных процессах околочелюстных мануфактур какие ради снятия воспалительных контрактур жевательных мышц утилизировали силиконовые подушечки дабы зубочелюстного тренинга. В динамике в свой черед у пациентов с традиционным лечением, обходилось увлечение для локализацию острогнойного очага, существование асимметрии лица, локализацию острогнойного источника разнообразных анатомических клетчаточных пространств, всеобщей самочувствие, пропадание недомогай спустя анатомирования острогнойного очага. Кроме этого рассматривали ступень и длительность экссудации, происхождение грануляций и сроки скоротечной нетрудоспособности.

Локализация гнойно-воспалительного хода около пронзительных острогнойных одонтогенных процессах околочелюстных мануфактур 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 = 21

Количество	Локализация воспалительного процесса	
	Подглазничная, височная, подвисочная, крылонёбная, щечных областях	Подчелюстная, крылочелюстная, окологлоточная, подбородочная, дна полости рта
9 (42,85%)	3 (14,28%)	6 (28,57%)
12 (57,14%)	5 (23,80%)	7 (33,3%)

Как видно из табл. 4.1, воспалительный процесс локализовался в области верхней челюсти у 9 (42,85%) пациентов, при этом поднадкостничный абсцесс формировался с подглазничная, височная, подвисочная, крылонёбная, щечных областях - у 3 (14,28%) человек, с глубоких пространств — у 5 (23,80 %). Острый гнойный одонтогенный воспалительных процессах в области нижней челюсти выявлен у 12 (57,14 %). С Подчелюстная, крылочелюстная, окологлоточная, подбородочная, дна полости рта прослеживался у 6 (28,57%), с глубоких пространств - 7 (33,3%).

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	1	4,76%
Боковые резцы: 12, 22	1	4,76%
Клыки: 13, 23	1	4,76%
Первые премоляры: 14, 24	2	9,52%
Вторые премоляры: 15, 25	1	4,76%
Первые моляры: 16, 26	2	9,52%
Вторые моляры: 17, 27	1	4,76%
Третье моляры: 18, 28	-	-
Нижняя челюсть		
Центральные резцы: 31, 41	1	4,76%
Боковые резцы: 32, 42	1	4,76%
Клыки: 33, 43	3	14,28%
Первые премоляры: 34, 44	3	14,28%
Вторые премоляры: 35, 45	1	4,76%
Первые моляры: 36, 46	2	9,52%
Вторые моляры: 37, 47	1	4,76%
Третье моляры: 38, 48	-	-
Итого	21	100%

Согласно данным табл. 4.2, можно отметить, что наиболее часто причиной острых гнойных одонтогенных воспалительных процессах, как на верхней, так и на нижней челюсти являлся первый моляр: в 2 (9,52) % и 2 (9,52) случаях соответственно. Таким образом, структура «причинных» зубов при остром гнойном воспалительном процессе околочелюстных тканей 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 воспалительных процессах околочелюстных тканей 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 (14,28%)	Верхняя губа, крыло носа, подглазничная
	3 (14,28%)	Подглазничная, щечная, скуловая
	2 (9,52%)	Щёчная, скуловая, верхний отдел околоушно-жевательной
Нижняя челюсть	7 (33,3%)	Ткани нижней губы, угла рта; подбородка, нижнего отдела щечной области
	6 (28,57%)	Нижний и средний отдел щечной, околоушно-жевательной и поднижнечелюстной областей

Рассматривая материалы табл. 3, около остром, острогнойном одонтогенном ходу верхней челюсти боковой отёк податливых мануфактур личики складывался в щёчной, скуловой и в верхнем, участке околоушно-жевательной площади у 2 (9,52%) пациентов, в подглазничной, щёчной и скуловой — у 3 (14,28%), по части верхней губы, покрывала носа, подглазничной - у 3 (14,28%).

При остром острогнойном одонтогенном ходу исподней челюсти боковой отёк, податливых мануфактур личики по локализации делился последующим образом: по части ткани исподней губы, угла рта; подбородка, нательного отдела щечной площади - у 7 (33,3%) человек, по части Цокольный и посредственный участок щечной, околоушно-жевательной и поднижнечелюстной площадей - у 6 (28,57%).

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, исключая классической лекарственной терапии и физиотерапии, в свойстве аборигенной дезинфицирующей усиленной, царапины при остром периостите челюстей утилизировали дезинфицирующего спрея «Тантум Верде» и зубочелюстного тренинга с силиконовой подушкой. Тантум Верде для местного применения, причисляется к группе 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.

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, Тантум Верде использовали местно, спустя пици от 4 до 8 впрыскиваний 7 сут при потребности изготавливалось направление «причинного» зуба, полоскание лунки и царапины растворами антисептиков, предназначались общепризнанные лекарственные имущества и физиопроцедуры, зубочелюстного тренинга с силиконовой подушкой. Тантум Верде для местного применения, причисляется к группе индазолов. Обнаруживает противовоспалительное и местное обезболивающее действие, располагает дезинфицирующим воздействием насупротив пространного диапазона микроорганизмов. 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

Таблица 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		Концентрация возбудителя	Частота встречаемости штаммов		Концентрация возбудителя
	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 царапине в динамике врачевания у больных с применением Тантум Верде 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
Фиброциты и Фибробласты	-	-	$0,18 \pm 0,09$	-
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.

При микробиологическом разысканье раневого отделяемого послеоперационной царапинки неукоснительно после акции верифицировано 91 штаммов. В первую очередь 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 грибки *Candida*-12 (13,18 %) случаев соответственно.

Средством трое дней в установке болезненных с рекомендуемым технологиями врачевания микроорганизмы верифицировались в 44 штаммах. При всем 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 накладывались при верификации на средах *Str. salivarius*, *Str. pyogenes*, *Candida* по касательству к прошлому сроку исследования.

Отмечено, что организация вирусов в 1 мл раневого отделяемого в переданный интервал зналась ради порядок впоследствии «критического уровня» - 102 КОЕ.

Материалы показатели числового выискивания выискивания возбудителей в гнойной царапине в динамике врачевания у больных с использованием Тантум Верде после еды. 1 вливание предназначали после 4-8 впрыскиваний 7 сут ориентируют для больше быструю нормализацию микроорганизменного варианта раны, спустя сравнению с больными первой группы. Наклоняется обсемененность послеоперациооной царапинки микроорганизмами.



Совместно с изысканием микроорганизменного варианта вокруг пронзительных острогнойных периоститах челюстей у больных нами исследовалась динамика заживения послеоперационной царапинки по достоверным сведениям цитологических исследований





ЗАКЛЮЧЕНИЕ

По литературным предоставленным мы не нашли сведений, дотрагивающихся использования антисептика Тантум Верде и зубочелюстного тренинга с силиконовой подушечкой для местного использования около излеченья пронзительных острогнойных одонтогенных воспалительных процессах околочелюстных тканей.

Тантум Верде 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.

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 клиничко-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 39 больныз с пронзительным острогнойным одонтогенным процессами челюстей, изо них мужчин - 21 человек, женщин - 18. 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, необыкновеннее 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 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.

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 %), необыкновеннее 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 добывала «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. Поминувшему 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 царاپине фиксировалось последующее 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 плазмацитов — $(0,37 \pm 0,05) \%$ ($p = 0,017$) .

В группе больных с советуемым сложным исцелением (21 человек) дезинфицирующего спрея «Тантум Верде» оказывающий противовосполительное и местное обезболивающее действие, обладающий дезинфицирующим воздействием насупротив пространного диапазона микроорганизмов. Тантум Верде использовали местно, спустя пищи от 4 до 8 впрыскиваний 7 сут. И предназначалась общепризнанная лекарственная физиотерапия с использованием противовоспалительных, антибиотических и десенсибилизирующих, средств, использовалась физиотерапия.

По достоверным сведениям микробиологических исследований, незамедлительно спустя анатомирования острогнойного 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 царاپины микроорганизмами, и да напряженность высеваемости микрофлоры.

В группе больных с употреблением Тантум Верде местно, спустя еды 8 впрыскиваний 7 сут незамедлительно спустя вскрыггия поднадкостничного острогнойного источника обозначается последующее 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 местное применение Тантум Верде после еды 8 впрыскиваний 7 сут после операции удаление причинного зуба и операции вскрытие флегмоны способствует снижению их обсеменённости, существенно уменьшается интенсивность, высеваемости аэробной микрофлоры в ране выявляются клетки регенераторного и фагоцитарного типа (фиброциты, фибробласты и макрофаги) и зубочелюстного тренинга с силиконовой подушкой с целью снятия жевательных контрактур обеспечивает безболезненное и быстрое купирование жевательного тризма после операционном периоде.

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

БИБЛИОГРАФИЧЕСКИЙ СПИСОК

- 1.Абдулаев Ш.Ю., Иппоитов В.П., Дмитриева Л.А. Лечение больных с флегмонами околочелюстных тканей.// Стоматологическая помощь. Сборник научных трудов, Рига, 1988. С.158-162.
- 2.Бажанов Н.Н., Александров М.Т., Черкесов И.В. Обоснование применения мирамистина для лечения гнойной инфекции челюстно-лицевой области // Сборник трудов 2-й Всероссийской научно-практической конференции «Образование, наука и практика в стоматологии». - М., 2005. — С. 31-33;
- 3.Бернадский Ю.И. Основы челюстно-лицевой. хирургии и хирургической стоматологии. - 3-е изд., перераб. и доп. - М.: Медицинская литература, 2003.-416с;
- 4.Биберман Я.М. Острые гнойные периоститы челюстей : Автореф. дис. ... канд. мед. наук. - М., 1963. — 20 с;
- 5.Бродский С.Е. Профилактика воспалительных осложнений в стоматологии с применением фторхинолонов : Автореф. дисс. ... канд. мед. наук. - М., 2008. -23 с;
- 6.Волков И.Г. Осложнения; связанные с верхними третьими молярами: Автореф. дисс. ... канд. мед. наук. — Спб, 2010.-18с;
- 7.Герасименко М. Ю. Комплексный лечебный текстиль и физические факторы / М.Ю. Герасименко, Н.Д. Олтаржевская, А.Г. Хрыкова // Физиотерапия, бальнеология, реабилитация. - 2006. - № 3. - С. 32-36;
- 8.Гостищев В.К. Оперативная гнойная хирургия: Руководство для врачей. — М.: Медицина, 1996. - 416 с;
- 9.Ермолов В.Ф. Хирургическая стоматология: Учебно-методическое пособие. - Воронеж: ВГМА, 2004. - 53 с;
10. Железнова Е.А., Турчина Е.В. Сравнительная характеристика микрофлоры полости рта в норме и при одонтогенных воспалительных процессах // Актуальные вопросы микробиологии и иммунологии: Сборник науч. трудов - Иркутск, 2000. - С. 31-32;

11. Иванов А.С., Иванов В.И., Беркунов В.Н. Причины острой одонтогенной инфекции // Сборник трудов 2-й Всероссийской научно-практической конференции «Образование, наука и практика в стоматологии». - М., 2005. — С. 67-68;
- 12.Иванюта И.В. Оптимизация процесса репаративного остеогенеза при лечении больных с переломами нижней челюсти : Автореф. дисс. ... канд. мед. наук. - Ставрополь, 2006. — 25 с;
- 13.Инфекционные воспалительные заболевания челюстно-лицевой области / Под ред. В.С. Агапова, С.Д. Арутюнова, В.В. Шулакова. - М.: Медицинское информационное агентство, 2004. — 183 с;
14. Клиническая патофизиология для стоматолога / В.Т. Долгих, И.Е. Матусов, В.И. Чесноков и др. // Под ред. проф. В.Т. Долгих. - Н. Новгород: НГМА, 2000.- 200 с;
- 15.Костина И.Н. Причины и- распространённость периостита челюстей в амбулаторной практике / И.Н.. Костина, Е.А. Кропачёв, Е.В. Ларгина // Уральский стоматологический журнал. — 2004. - № 2. - С. 35-39;
- 16.Крутиков М.Г., Бобровников А.Э. Местное лечение ран и ожогов // Ремедиум. - 2006. - №5. - С. 41-42;
- 17.Кузнецов Г.И. Сравнительное клинико-физиологическое изучение местного обезболивания препаратами, содержащими артикаин, в амбулаторной стоматологической практике : Автореф. дисс. ... канд. мед. наук. — М., 2008. - 21с;
- 18.Матюшина Г.П. Создание новых дезинфицирующих салфеток // Фармация. - 2004.-№6.-С. 32-35;
- 19.Менжулов М.М. Интеграция общей хирургии и стоматологии в решении основных вопросов гнойной хирургии лица и шеи : Автореф. дис. ... канд. мед. наук. — Воронеж, 2000.-26 с;

20. Напольников Л.В. Компьютерный анализ антибактериальных систем нейтрофильных лейкоцитов в оценке характера течения острого верхушечного периодонтита : Автореф. дисс. ... канд. мед. наук. - Волгоград, 2007. - 22 с;
21. Никитин А.А. Лечение больных с гнойно-некротическими процессами челюстно-лицевой области с применением фотофореза лекарственных препаратов и салфеток «Колетекс»: Пособие для врачей. —М.:, 2005. — 23 с;
22. Никитин А.А. Лечение гнойно-некротических процессов челюстно-лицевой области с применением новых перевязочных средств / А.А. Никитин, П.В. Малыченко, Ф.М. Карачунский, Н.В. Титова? // Актуальные вопросы, стоматологии, посвящ. 120-летию со дня рожд. Евдокимова А.И. — М., 2003. -С. 98-99;
23. Орынбеков У.М. Клинико-морфологическое обоснование диагностики и лечения затруднённого прорезывания нижних третьих моляров, с использованием инновационных технологий : Автореф. дисс. ... канд. мед. наук. - Астана, 2009. - 20 с;
24. Пачаджанова Л.Н. Современное клиническое течение и лечение периостита челюсти в условиях Таджикистана : Автореф. ... дисс. канд. мед. наук. - М., 1990.-22 с;
25. Пачаджанова Л.Н, Робустова Т.Г. Преморбидные факторы'в развитии гнойно-воспалительных заболеваний челюстно-лицевой области // Здравоохранение Таджикистана. - 1989. - №2. — С. 23-24;
26. Польский В.И. Количественная цитологическая и бактериологическая характеристика процесса заживления гнойных ран челюстно-лицевой области / В.И. Польский, М.Э. Мухсинов, М.И. Орзуев // Здравоохранение Таджикистана. - 1985. - № 3 (198). - С. 20-24;
27. Полякова В.В. Местное лечение гнойных ран лица и шеи: Методическое пособие. - Смоленск, 2004. — 35 с;
28. Походенько-Чудакова И.О. Опыт применения антибактериальных препаратов фармацевтической компании "KRKA" у больных с острым гнойно-воспалительными процессами челюстно-лицевой области / И.О.

29. Рагинский В.В. и соавт. Воспалительные заболевания челюстно-лицевой области у детей -М.: Детстомиздат, 1998. — С. 41-190;
30. Робустова Т.Г. Периодонтит, периостит, остеомиелит челюстей // Руководство по хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии / Под. ред. В.М. Безрукова, Т.Г. Робустовой. — М.: Медицина, 2000. — С. 185-244;
31. Робустова Т.Г. Современная клиника, диагностика и лечение одонтогенных воспалительных заболеваний // Российский ^ стоматологический журнал. — 2003. - №4. - С. 11-16;
32. Робустова Т.Г., Будылина С.М., Воложин А.И. Одонтогенные воспалительные заболевания: Руководство» для/ врачей / Под ред. Т.Г., Робустовой. - М1: Медицина, 2006. - 664 с;
33. Русанова Е.В. Микробиологическая оценка эффективности комплекса лечения больных с флегмонами челюстно-лицевой области / Е.В. Русанова, М.Б. Нестерова, Г.Г. Фомичев // Альманах клинической медицины. — 2005. — Т.8. — №5. — С. 102-109;
34. Сердюков Ю.П. Клиническое и анатомо-морфологическое обоснование лечения патологических процессов в ретромолярной' области нижней челюсти : Автореф. дисс. ... канд. мед. наук. - Воронеж, 2001. - 19 с;
35. Сивожелезова А.Л. Структура и причина госпитализируемых воспалительных заболеваний челюстно-лицевой* области по архивным данным челюстно-лицевого стационара КСП г. Краснодара за 1998 год // Материалы 61-й научно-практической конференции молодых учёных и студентов, посвященной 80-летию Кубанской государственной медицинской академии «Актуальные вопросы медицинской науки и здравоохранения». — Краснодар, 2000. - С. 211-212;
36. Стадницкая Н.П. Особенности и аномалии развития- третьих моляров (диагностика, клиника, лечение) : Автореф. ... дисс. канд. мед. наук. — М., 2009.-22 с;
37. Супиев Т.К. Острый одонтогенный периостит // Гнойно-воспалительные заболевания челюстно-лицевой области. — М., 2001. — С. 31-32;

38. Тер-Асатуров Г.П. Новый взгляд на патогенез одонтогенных флегмон // Сборник трудов II всероссийской научно-практической конференции «Образование, наука и практика в стоматологии». - М., 2005. — С. 196-198;
39. Титова С.Н. Разработка экспресс-метода, выбора эффективных антисептических средств для обработки гнойной раны челюстно-лицевой области // Сборник трудов- 2-й Всероссийской научно-практической конференции «Образование, наука и практика в стоматологии». - М., 2005. — С. 198-200;
40. Ушаков Р.В. Комплексное лечение больных с острыми воспалительными заболеваниями челюстно-лицевой области на основании клинического, микробиологического и иммунологического изучения : Автореф. дисс. ... канд. мед. наук. - М., 1985. — 21 с;
41. Ушаков Р.В. Применение препаратов на основе альгиновой кислоты для лечения гнойных ран челюстно-лицевой области и шеи / Р.В. Ушаков, Б.Д. Дутаров,- В.С. Якубович // Стоматология. — 1991^с. - №5. - С. 46-47;.
42. Царёв В.Н., Ушаков Р.В. Антимикробная профилактика воспалительных осложнений в хирургической стоматологии // Российский стоматологический журнал. — 2003. - №4. — С. 21-25;
43. Цховребов А.Ч. Клинико-экспериментальное использование остеопластического препарата «Коллост» при удалении ретенированных дистопированных нижних третьих моляров : Автореф. ...дис. канд. мед. наук. - Воронеж, 2008. — 23 с;
44. Шабанов М.М. Клинико-морфологические особенности первичного и вторичного хронического верхушечного периодонтита : Автореф. дисс. ... канд. мед. наук. — Тверь, 2004. - 19 с;
45. Шаргородский А.Г. Острый одонтогенный периостит челюстей // Воспалительные заболевания тканей челюстно-лицевой области. — М.: ГОУ ВУНМЦ МЗ РФ, 2002. - С. 39-47;

46. Шаргородский А.Г. Острый одонтогенный периостит челюсти // Клиника, диагностика, лечение и профилактика воспалительных заболеваний лица и шеи. - М.: ГЭОТАР-МЕД., 2002. - С. 211-225;
47. Шулович О.И. Острый одонтогенный периостит : Автореф. дис. ... канд. мед. наук. -М., 1969. — 16 с;
48. Ясникова Е.Я. Клинико-микробиологическая оценка лечения острого периодонтита и обострения хронического верхушечного периодонтита методом пролонгированной антисептической обработки корневых каналов : Автореф. дисс. ... канд. мед. наук. - М., 2008. — 23 с;
49. Antony W.C. Orofacial infections // Infection diseases and antimicrobial therapy of the ears, nose, throat. - Philadelphia: W.B. Saunders, 1997. - P. 481-489;
50. Branstetter B. F., Weissman J. L. Infection of the facial area, oral cavity, oropharynx, and retropharynx // Neuroimaging clinics of North America. — 2003. — Vol. 13:- № 3. — P. 393—410;
51. Cawson R. A. Oral disease: clinical and pathological correlations. — Edinburgh. - New York, 2001'. - 1- v. (various pagings);
52. Dibart S., Karima M. Practical periodontal plastic surgery. - Ames, Iowa : Blackwell Munksgaard; 2006. - 108 p;
53. Fonseca R. J. Oral and maxillofacial surgery. - Philadelphia: Saunders, 2000. - 4128 p;
54. Fragiskos D. Fragiskos. Oral surgery. - Berlin - New York, 2007. - 367 p;
55. Gandolfo S., Scully C., Carrozzo M. Oral medicine. - Edinburgh-New York. - Churchill Livingstone, 2006. - 195 p;
56. Gaum L. I. Oral surgery for the general dentist: a step-by-step practical approach manual. - Hudson, Ohio. - Lexi-Comp, 2007. - 168 p;
57. Glass C.A. Transient osmotic absorption of fluid in microvessels exposed to low concentrations of dimethyl sulfoxide / C.A. Glass, R.M. Perrin, T.M. Pocock // Microcirculation. - 2006. - №13 (1). - P. 29-40;
58. Gonzalez-Garcia N. Variational transition-state theory study of the dimethyl sulfoxide (DMSO) and OH reaction / N. Gonzalez-Garcia; A. Gonzalez-Lafont, J.M.

- Lluch // Journal Physics Chemistry and Molecular Spectroscopy Kinet Environ Gen Theory. - 2006: - №.110 (2).-P. 798-808;
- 59.Koerner K. R. Manual of minor oral surgery for the general dentist. - Ames, Iowa: Blackwell Munksgaard, 2006. - 320 p;
- 60.Kuriyama T. Antimicrobial susceptibility of 800 anaerobic isolates from patients with dentoalveolar infection to 13 oral antibiotics / T. Kuriyama, D.W. Williams, M. Yanagisawa // Oral Microbiology and Immunology. - 2007. - № 22. -P. 285-288;
61. Kwon P.H., Laskin D. M. Clinician's manual of oral and maxillofacial surgery. - Chicago: Quintessence Publishing, 2001. - 476 p;
62. Lo Bue A.M. Efficacy of azithromycin compared with spiramycin in the treatment of odontogenic infections / A.M. Lo Bue, R. Sammartino, G. Chisari // Journal of Antimicrobial Chemotherapy. - 1993. - № 31. - P. 119-127;
- 63.Macleod I., Crighton A. Practical oral medicine. — London-Chicago: Quintessence Publishing, 2006; - 164 p;
64. Marciani R.D: Odontogenic infections: anatomical and microbiological considerations / Under edition L.J. Peterson // Principles of oral and maxillofacial surgery. - Philadelphia: J.B. Lippincott. Co., 1992. - Vol. 1. - P. 163-200;
65. Marx R. E., Stern D. Oral and maxillofacial pathology: a rationale for diagnosis and treatment. - Chicago: Quintessence Publishing, 2003. - 908 p;
- 66.Meechan J. G. Practical dental local anaesthesia. - London-Chicago: Quintessence Publishing, 2002. - 142 p;
67. Miyake Y. In vitro activity of tetracyclines, macrolides, quinolones, clindamycin and metronidazole against periodontopathic bacteria / Y. Miyake, K. Tsuruda, K. Okuda // Journal of Periodontal Research. - 1995. - № 30. - P. 290-293;
- 68.Moore U. J. Principles of oral and maxillofacial surgery. - Maiden, MA: Blackwell Science, 2001. - 276 p;
- 69.Neville B. W. Oral and maxillofacial pathology. - Philadelphia: W.B. Saunders, 2002. - 843 p;

70. Poulet P.P., Duffaut D., Lodter J.P. Metronidazole susceptibility testing of anaerobic bacteria associated with periodontal disease / P.P. Poulet, D. Duffaut, J.P. Lodter // *Journal of Clinical Periodontology*. - 1999. - № 26. - P. 261-263;
71. Sailer H. F., Pajaróla G. F. Oral surgery for the general dentist / translated by Thomas Hassell, with Felix Stutz. - Stuttgart-New York: Thieme, 1999. - 360 p;
72. Scully C. Oral and maxillofacial diseases: an illustrated guide to the diagnosis and management of diseases of the oral mucosa, gingivae, teeth, salivary glands, bones and joints. - London- New York: Taylor and Francis, 2004. - 598 p;
73. Siegel M.A., Silverman S. Treatment of common oral conditions / M.A. Siegel, S. Silverman, T. P. Sollecito. - 6th ed. - Hamilton, Ont.: BC Decker, 2006. - 71 p;
74. Soames J. V., Southam J. C. Oral pathology. - Oxford - New York: Oxford University Press, 2005. - 278 p.;
75. Topazian R. G., Goldberg M. H., Hupp J. R. Oral and maxillofacial infections. - Philadelphia: W.B. Saunders Co., 2002. - 524 p;
76. Wood N., Penowich D., Bateman R. Generalized rear factions of the jaw bones // *Oral and maxillofacial lesions*. - New York: Mosby, 1997. - P. 392-414;
77. Wood P., Goaz W. General principles of the differential diagnosis // *Oral and maxillofacial lesions*. - New York: Mosby, 1997. - P. 3-39;
78. Zand V. Proliferative Periostitis: a case report / V. Zand, M. Lotfi, S. Vosoughosseini // *Journal of Endodontics*. - 2008. - №34 (4). - P. 481-483.