

ОҒИЗ БЎШЛИҒИ ТУБИ СОҲАСИДА ЯЛЛИҒЛАНИШ ЖАРАЁНЛАРИНИ КЕЧИШНИ ЎЗИГА ХОС ХУСУСИЯТЛАРИ (Адабиётлар шархи)



**Б.Т. Нармахматов,
Р.Б. Қурбанов**

Тошкент давлат стоматология институти,
Ўзбекистон

Annotation

Phlegmon of bottom of oral cavity considered to be dangerous for its topographic-anatomical location, complex currents of purulent-inflammatory processes in this area and possible complications emerging in situations such as spreading of pus to neighboring areas. That's why determination of purulent cavity phlegmon in this area with high accuracy and adequate surgical treatment promotes rapid recovery of patients and prevention of severe complications.

Аннотация

Флегмона дна полости рта считается опасной из-за своего топографо-анатомического расположения, сложного течения гнойно-воспалительных процессов в этой области и возможных осложнений, возникающих в результате распространения гноя в соседние области. Поэтому определение гнойной полости флегмон этой области с высокой точностью и проведение адекватного хирургического лечения способствуют быстрому выздоровлению больных и предотвращению возникновения тяжелых осложнений.

Оғиз бўшлиғи туби флегмонаси юз жағ соҳасида учрайдиган йирингли-яллиғланиш жа-

раёнларини энг хавфли ва оғири ҳисобланади. Ҳозирги вақтда ҳам юз жағ соҳаси ва бўйиннинг оғир кечувчи флегмоналарига тўғри ташхис қўйиш ва беморларни даволаш босқичларида адекват хирургик даволаш усулларини танлаш йирингли септик хирургияда ўз долзарблигини сақлаб қолмоқда. Кўпчилик клиницистларнинг таъкидлашича юз жағ соҳасида ривожланган ва ёндош соҳаларга тарқалиб, хавфли асоратларга олиб келувчи флегмоналарнинг келиб чиқишини асосий сабаби оғиз бўшлиғи аъзорларини, аксарият ҳолатларда тишларни ўткир ёки сурункали яллиғланиш касалликлари ҳисобланади (9,15,19).

Йирингли яллиғланиш жараёнларини кўкс оралиғига тарқалган ҳолатларида 60% гача, септик шок ҳолатларида эса 90% гача ўлим ҳолатлари кузатилмоқда. Бу беморларни узоқ муддат ва катта сарф харажатлар қилиниб даволанишига қарамасдан ҳар доим ҳам керакли натижани олиб бўлмайди. Оғиз бўшлиғи туби ва бўйиннинг тарқалган флегмоналарини даволаш ташкилий жиҳатдан ўзига яраша қийинчиликлар туғдиради. Оғиз бўшлиғи туби ва бўйиннинг тарқалган флегмоналарида 60-95% ҳолатларда йирингли яллиғланиш жараёнларини сабаби қилиб касал тишлар ҳисобланади(12, 14).

Юз жағ ва бўйин соҳаларининг йирингли яллиғланиш жараёнлари билан даволанадиган беморлар стационар шароитида қабул қилинадиган беморларни 40,7 дан 67,1% игача ташкил қилади. Замонавий тиббиётнинг охириги йилларда қўлга киритаётган ютуқларига қарамасдан, юз жағ соҳасидаги йирингли септик жараёнларидан кейинги летал ҳолатлар стабил даражада сақланиб турибди. Беморларни ўлими билан якун топувчи ҳолатларнинг аксарияти асосан оғиз бўшлиғи туби ва бўйиннинг оғир кечувчи ва тарқалган флегмоналарига тўғри келмоқда. Юз жағ соҳасини йирингли яллиғланиш жараёнларини таҳлили шуни кўрсатадики, оғиз бўшлиғи туби флегмоналарини тез ривожланиши ва ёндош соҳаларга тезда тарқалиб кетиши ҳисобига контакт медиастенит ва сепсис каби хавфли асоратларкўплаб учраб турибди. Тиббиётнинг қўлга киритаётган ютуқларига қарамасдан бу соҳанинг тарқалган флегмоналарида летал натижа муаллифларнинг фикрича 20% дан 60% гача ташкил қилмоқда(4,8,14,16, 19,21).

Т.Г. Робустованинг (2000) фикрича жағ атрофи юмшоқ тўқималарида ривожланадиган абсцесс ва флегмоналар асосан тишларни сурункали периодонтитларини ўткирлашуви оқибатида келиб чиқади. Баъзан ўткир периодонтитлар, ақл тишини қийин ёриб чиқиши, радикуляр кисталарни

йиринглаши, олинган тиш катакчасига инфекциянинг келиб тушиши оқибатида ҳам йирингли яллиғланиш жараёнлари ривожланиши мумкин.

Тишлардаги кариес жараёнларини кўпроқ 20-30 ёшлар атрофидаги беморларда учраши ва ақл тишини қийналиб ёриб чиқишини ҳам айнан шу ёш оралиғига тўғри келиши юз жағ соҳасида флегмоналарни кўплаб учрашига олиб келади. Аммо охириги йилларда соматик касалликлар билан, асосан қандли диабет билан оғриётган беморларда ҳам оғиз бўшлиғи туби флегмоналарини кўпроқ учраши кузатилмоқда(16,18).

Баъзи муаллифларнинг фикрича адекват хирургик ёрдамни кўрсатилишини қониқарсизлиги ва чекка худудларда аҳоли орасида санитар оқартув ишларини етарли даражада олиб борилмаслиги юз жағ соҳаси флегмоналарини ёндош соҳаларга тарқалиши ва оғир кечилишини асосий сабабларидан бири бўлиб қолмоқда(4, 9, 12).

Адабиётлар таҳлили шуни кўрсатяптики, йирингли ўчоқдаги микрофлорани оддий усул орқали текшириб кўрилганда юз жағ соҳаси йирингли яллиғланиш жараёнларида учрайдиган инфекцияни 69%гача стафилакокклар ташкил қилган. Бундан ташқари йирингли ўчоқда стрептококклар, кўк йиринг таёқчалари, протей ва бошқа микроорганизмлар ҳам учраган(11, 22).

Анаэроб инфекцияларни текшириш техникаси амалиётда қўлланиб бошлангач, йирингли ўчоқдаги микроорганизмларни спектр доирасини кенгайганлигини аниқлаш имконияти юзага келди. Бунинг натижасида юз жағ соҳаси йирингли яллиғланиш жараёнларида йирингли ўчоқдаги микрофлорани 50% дан юқорироғи анаэроб инфекцияларга тегишли эканлиги аниқланди. Муаллифларнинг маълумотига кўра йирингли ўчоқда 17% гача стафилакоккларни мавжуд бўлиши кузатилган. Йирингли ўчоқдаги микрофлора оддий усуллар орқали текширилганда стафилакокклар миқдори 70% гача ошгандек бўлиб кўрилади. Аслида стафилакокклар миқдорини юқори бўлиб кўринишига сабаб, оддий усулларда анаэроб микроорганизмлар миқдорини аниқлаб бўлмаслигидадир (5,11,20).

Анаэроб инфекцияга лаборатор шароитда ташхис қўйиш қийинлигига қарамасдан ҳозирги даврда анаэроб микроорганизмлар келтириб чиқарадиган яллиғланиш жараёнларини умумий клиник белгилари етарли даражада ўрганилган. Шунинг билан биргаликда одам организмнинг шундай соҳалари борки, бу жойларда кечадиган йирингли яллиғланиш жараёнларида анаэроб инфекцияни иштирок этиши юқори даражада бўлади. Бундай соҳаларга биринчи навбатда юз жағ соҳаси киради (9,13).

Кўпчилик муаллифларнинг фикрича йирингли яллиғланиш жараёнларида анаэроб инфекцияни иштирок этаётганлигини доимий белгиси бўлиб ёқимсиз бадбуй ҳид келиши ҳисобланади. Шунинг билан биргаликда шу соҳада юмшоқ тўқималарни некрози кузатилади ва улар кулранг-яшил, баъзан жигарранг ва қорамтир кўринишгача болади. Яллиғланиш ўчоғида ҳосил бўлган экссудат кулранг-яшил ёки жигарранг кўринишида бўлиб, таркибида бироз ёғ элементларини тутати. Некрозга учраган тўқималарда қон айланишини кескин камайиши уларни соғ тўқималардан ажралишини енгиллаштиради. Яллиғланиш ўчоғидан газ ажралиши кузатилади(10, 14, 16, 18).

Яллиғланиш ўчоғидан олинган суртма Грам усули бўйича бўяб кўрилганда тиниқ фонда кўплаб микроорганизмлар борлиги аниқланади. Лекин бу суртмаларда лейкоцитлар топилмайди. Йирингли яллиғланиш ўчоғида юқорида келтирилган белгилардан камида иккитаси кузатилса, анаэроб инфекция борлигига шубҳа қилмас ва бўлади(9, 11, 13).

Охириги йилларда юз жағ соҳасининг йирингли яллиғланиш жараёнларини келтириб чиқарувчи сабабларини текширишда асосий эътибор анаэроб инфекцияларга қаратилаяпти. Олдиндан маълумки анаэроб микрофлоранинг асосий яшаш мухити овқат хазм қилиш йўли ҳисобланади(11,21).

Оғиз бўшлиғи туби флегмоналарини ривожланиши ва кечилиши бирқанча омилларнинг бир вақтда учрашига боғлиқ бўлади. Микроорганизмларнинг шакли, миқдори ва вирулентлиги бир томондан бўлса, беморлар орган ва тўқималаридаги ёндош касалликларни мавжудлиги иккинчи томондан ўз таъсирини кўрсатади. Шунинг билан бирга юз ва бўйин соҳаларидаги йирингли яллиғланиш жараёнларини ривожланиши ва бошқа ёндош соҳаларга тарқалишида бу соҳаларнинг анатомо топографик тузилиши ҳам асосий ролни ўйнайди (3,20).

Одатда тери ости, фасциялараро, мушаклараро, паравазал ва периневрал соҳаларда жойлашган сийрак бириктирувчи тўқима қаватида йирингли яллиғланиш жараёнлари кечади. Юз ва бўйин соҳаларидаги йирингли яллиғланиш жараёнлари контакт йўл орқали пастга қараб йўналиб кўкс оралиғига тарқалади ва медиастенитни ривожланишига олиб келади(6, 17,19, 21).

Ўтказилган топографоанатомик текширувлар натижасига кўра жағ тиш тизимини юз юмшоқ тўқималари ва бўйин тўқималари орқали кўкс оралиғига узвий боғлиқлиги аниқланган. Бунинг натижасида тишлардаги инфекция жағ атрофи юмшоқ тўқималари орқали ёндош соҳаларга контакт йўл орқали тарқалиб бораверади. Бун-

дан ташқари инфекцияни гематоген йўл орқали тарқалиш ҳолатлари ҳам кузатилган(3,20).

Оғиз туби флегмоналари жараёни тез ривожланиши, ташхис қўйишни ўзига хос мураккаблиги ва йирингли инфекцияни ёндош соҳаларга тезда тарқалиб кетиши билан характерланади. Кўпчилик олимларнинг маълумотларига кўра йирингли инфекцияни бўйин соҳасига тарқалиши 26% ҳолатда сепсисни ривожланишига, 12% септик шок ҳолатига ва 13% медиастенитни ривожланишига олиб келади (8,14, 17).

Бу соҳа флегмоналарида ёши кекса ва иммун тизими пасайган беморларда яллиғланиш инфилтратини ёндош соҳаларга секин тарқалиб бориши узоқ муддат сезилмаслиги, пайпасланганда ҳам аниқланмаслиги мумкин. Жараёни ривожланиб бориши билан инфилтратни чегараси аниқлана бошлайди. Флегмоналарга ташхис қўйиш ва даволашда ташқи характерли белгиларни биринчи кундан юзага чиқмаслиги қийинчилик туғдиради. Бироқ беморни динамик кузатишда маҳаллий белгиларни пайдо бўлиши (жағ очилиши кийинлашиши, тери ва шиллиқ қаватни қизариши ва бошқа белгилар) бир-икки кунда касалликни аниқ ташхислашга имкон беради. Пайпасланганда оғриклар пайдо бўлиши тўғри ташхис қўйишга ёрдам беради. Флегмоналарда маҳаллий ўзгаришлар организмдаги умумий ўзгаришлар билан бирга кечади. Флегмоналарни бошланғич даврида тана ҳароратини кўтарилиши 38-40 с, умумий ҳолсизлик, бош оғриғи, уйқусизлик, иштаҳани йўқолиши каби ҳолатлар кузатилади. Оғир даврларида юқори интоксикация ҳисобига ҳушсизлик ва юрак фаолиятини ўзгаришлари келиб чиқади. Бундай ҳолатларда касалликнинг 2-3 кунлари организмнинг интоксикация натижасида вақти-вақти билан ҳушдан кетиш ва ҳаёт учун зарур юрак-кон томир ҳамда нафас олиш тизимининг фаолияти бузилади(18,21).

Облегат анаэроб инфекцияларда, беморларни умумий ҳолати сезиларли даражада оғирлашади. Қон таҳлиллари кўрсаткичлари лейкоцитлар сонини ортиши, СОЭни кўтарилиши, эозинофиллар сонини тушиши ҳисобига лейкоцитар формулани чапга силжиши аниқланади. Баъзида асорат натижасида токсик нефрит ҳолатида, сийдикда оқсил, цилиндр ва эритроцитлар кузатилади(5, 11).

Бу соҳаларнинг тарқалган йирингли яллиғланиш жараёнларида битта мутахассиснинг юқори малакали ёрдам кўрсата олмаслиги ташхис қўйиш ва даволаш жараёнларида етарлич камчилликлар кузатилишига олиб келади. Юз жағ хирургии фақатгина оғиз туби соҳасида оператив муолажалар олиб борса, умумий хирург бўйин соҳасидаги

йирингли жараёнда иштирок этади. Йирингни кўкс орқали тарқалган вазиятларда эса торакал хирургга мурожаат қилишга тўғри келади. Шунинг учун бу соҳаларнинг йирингли яллиғланиш жараёнларида беморлар кўплаб нохуш ҳолатларга тушиб қолишади (4,19).

Юз жағ соҳасининг топографоанатомикўзига хос хусусияти ҳисобига теридаги гиперемия ва инфилтрат аниқланмасдан туриб йирингли жараёнлар бошланиши мумкин. Йирингли ўчоқни хирургик йўл орқали адекват очиш ва дренажлаш, инфекцияни бўйин ва кўкс орқали тарқалишини олдини олади. Йирингни бўйин соҳасига тарқалган вазиятлардабу соҳада бир нечта кўндаланг кесмалар ўтказилади(7, 18).

Оғиз туби флегмоналарига ўз вақтида тўғри ташхис қўйиш, йирингли ўчоқни жойлашган ўрни аниқ белгилаш ва асосийси адекват хирургик даवони қўллаш беморларни даволаш босқичларида яхши натижа беради. Йирингли септик хирургиянинг асосий вазифаларига маҳаллий ва умумий даволаш чора тадбирларини юқори аниқликда олиб бориш ва радикал жарроҳлик муолажаларини ўз вақтида ўтказиш киради. Муаллифларнинг фикрича жарроҳлик муолажаларини радикалиги йирингли ўчоқни тўлиқ очилиши, некрозга учраган ва ҳаётчанлигини йўқотган тўқималарни тўлиқ олиб ташлаш билан характерланади (4,12,16, 20, 21).

Оғиз бўшлиғи туби соҳаси флегмоналарини хирургик даволашда нафас олишни таъминлаб туриш мақсадида хирург ва анестезиологлар етарлича муаммоларга учрашади. Ю.Г.Савченко (2001) тарқалган оғиз бўшлиғи туби ва бўйин соҳаси флегмоналарини даволашда трахеостомадан фойдаланишни таклиф қилади. Трахеостомани қўйилиши беморларда ўтказиладиган хирургик муолажалар даврида нафас олишни адекват даражада бўлишини таъминлаб беради ва наркоз даврида юзага келиши мумкин бўлган нохуш асоратларни олдини олади.

Д.А.Арапов ва Ю.В. Исаковнинг фикрича шошилич трахеостома қўйиш қон кетиши, пневмоторакс, кўкс орқали эмфиземаси, нафасни тўхтаб қолиши, кечки даврларда аррозив қон кетиши, тери ости эмфиземаси, яллиғланиш жараёнларини ривожланиши, ютқун ва трахеяни иккиламчи стенози каби асоратларга олиб келиши мумкин.

Юқори малакали мутахассисларни борлиги, эндоскопик йўл орқали интубация қилиш, замонавий интубацион трубкаларни ишлатиш трахеостома қўйишга бўлган кўрсатмаларни чегаралаши мумкин(2,15,20)

Юқори сифатда ўтказилган хирургик ишлов жароҳатни эрта тозаланиши ва битишини таъ-

минловчи асосий омил бўлиб ҳисобланади (12,16,20).

С Р.И.Каем (1990) фикрича анаэроб ноклостридиал инфекцияларда яллиғланиш ўчоғида бажариладиган радикал операция билан бирга вакумотерапияни қўллаш ва ярани антисептик эритмалар билан босим остида ювиш даволаш жараёнларида яхши самара беради.

Баъзи жарроҳларнинг (Hunt T.K. et. al. 1999) фикрича некрозга учраган ҳаётчанлигини йўқотган тўқималарни олиб ташлаш учун қайта жарроҳлик ҳаракатларини ўтказиш мақсадга мувофиқ бўлади.

Кўпчилик олимларнинг фикрича оғир кечувчи тарқалган йирингли яллиғланиш жараёнларида ўтказиладиган хирургик муолажалар радикал кўринишда бўлиши керак. Аммо оғиз туби ва бўйиннинг тарқалган флегмоналарида ҳамма вақт ҳам радикал хирургик муолажалар ўтказишни имкони топилавермайди. Чунки бу соҳанинг мураккаб топографоанатомик тузилиши ва бу ерда ҳаёт учун зарур аъзолар, қон томирлари ва нервларни жойлашганлиги радикал хирургик муолажаларни бажаришда етарлича мураккаблик келтириб чиқаради. Иккинчи томондан бу соҳада беморларни ўлими билан якун топувчи инфекция жараёнларни тезлик билан ривожланиб тарқалиши радикал операцияларни ўтказишни талаб қилади (17, 10,13).

Чоп этилган адабиётларда оғиз туби флегмоналарида ананавий усулда кесмалар ўтказиш ва оғиз тубининг чуқур қисмларига дренаж қўйиш тавсия этилади. Йирингли жараённи бўйин соҳасига тарқалган ҳолатларда бўйиннинг ўрта чизиғидан чегараланган чизиқли кесмалар ва кўплаб туташмайдиган кесмалар ўтказиш кераклигини таклиф этишади (6, 7,16,18)

Оғир кечувчи тарқалган оғиз бўшлиғи туби флегмоналарида даволашда ўтказиладиган кесмаларнинг адекватлиги хирургик даволашда асосий ўринда туради.Қийин ўтувчи бўшлиқлар тўлиқ ўтилиб, ҳаётчанлигини йўқотган тўқималар тўлиқ олиб ташланиши керак (1,17,20).

Охирги йилларда нашр этилган мақолаларда муаллифлар юз жағ соҳаси йирингли яллиғланиш жараёнларида замонавий септик хирургияни принципларидан фойдаланишни тавсия қилишади (6,7, 21).

Юз жағ соҳаси флегмоналарини даволашда маҳаллий соҳада левомеколь малҳамини қўллаш яхши самара бермоқда, чунки у осматик хусусиятга эга бўлиб ярадан ажраладиган суюқликларни сўриб олиш хусусиятига эга. Бу хусусият гипертоник эритмага нисбатан 40 маратоба кучлироқ бўлади. Малҳам таъсирида ярани тез тозаланиб

битиши кузатилади. Малҳамга бўктирилган тампонни яра ичига қўйилади. Бу боғлам кунига бир маротаба алмаштирилади. Бўшлиқдаги йиринг ва некрозланган тўқималар яллиғланишнинг 4-8 кунига тозаланади. Яра атрофи териси иккиламчи йўл орқали битади (7, 16).

Тарқалган анаэроб турдаги флегмоналарда йирингли бўшлиқлар кенгқилиб очилади.Даволаш жараёнида йирингли ўчоқлар кунига бир неча маратоба 3% перекись водород, калий перманганат ва фурацилин эритмаларида ювиб тозаланади. Шунинг билан бир қаторда даволашда антианаэроб зардоби, гипербаротерапия усули ва антибиотикларни дозасини кўтариш яхши натижа беради. Йирингли бўшлиқларга кумушли сув ва фурацилин ёки физиологик эритмалар ёрдамида ультратовушли кавитация килиш ҳам кенг қўлланилмоқда (14, 21).

Оғиз туби соҳасининг йирингли яллиғланиш касалликларини даволаш юз жағ хирургиясининг долзарб муаммоларидан бири бўлиб турибди. Бу касалликлар оқибатида беморларнинг 30 дан 60% игача вақтинчалик меҳнат қобилиятини йўқотади. Шуларнинг ичидан ҳам 12 дан 25%и гача стационар шароитида узоқ муддат давола-нишади (15).

Оғиз туби флегмонасида яллиғланиш жараёни тез ва қисқа муддатда яллиғланишни барча босқичларини ортида қолдириб, шу соҳадаги тўқималарни йирингли эриши ёки некрозига олиб келади. Яллиғланиш жараёнини бундай тарзда шиддатли кечиши йирингли ёндош соҳаларга тарқалиши ва оғир интоксикацион синдромни ривожланишига олиб келади. Яллиғланиш жараёнини бундай ривожланишига микрофлоранинг вирулентлигини юқорилиги, организмнинг иммун ҳолатини пасайиши,микрорганизмларни антибиотикларга чидамлилигини ошиши ва организмни сенсбилизация ҳолатлари сабаб бўлади (7,8).

Йирингли яллиғланиш жараёнларини даволашда маҳаллий соҳада ферментларни қўлланилиши ярани некрозга учраган тўқималардан тозаланишини тезлаштиради. Ферментлар йирингли ўчоқ очилиши билан дарҳол қўлланилиши мумкин.Бунинг учун йирингли ўчоқ очилгач яра антисептик эритмалар билан ювилади ва тампон билан қуритилиб фермент эритмалари юборилади. Некрозга учраган тўқималарни протеолитик ферментлар таъсирида соғлом тўқималардан ажралишига ўртача 6-8 кун кетиб, ярада грануляцион тўқималар пайдо бўлади. Ярада грануляцион тўқималарни пайдо бўлиши иккиламчи чоклар қўйишга кўрсатма бўлиб ҳисобланади (1,9).

Оғиз бўшлиғи туби флегмоналарини даволаш- ни ҳозиргача маълум бўлган усулларида опера- циядан кейинги даврларда нохуш функционал ва косметик ўзгаришлар кузатилмоқда. Хирургик му- олажалар ўтказилган даврда ўтказилган кесмалар ўрнида қўпол чандиқларни ривожланиши куза- тилади. Бунга ўхшаш ҳолатлар беморларда пси- хоэмоционал ўзгаришларни келтириб чиқариши мумкин. Шунга ўхшаш ҳолатларни эътиборга олиб бу флегмоналарни хирургик усулда даволаш ишларини такомиллаштириш кераклиги кўзга ташланмоқда (16, 20).

Шундай қилиб адабиётлар таҳлили шуни кўр- сатаптики, оғиз туби соҳасининг тарқалган флег- моналарида замонавий йирингли хирургияни эришган ютуқларига қарамасдан тўғри ташхис қўйиш ва даволаш режасини тўғри тузишда муам- молар борлиги кўзга ташланмоқда. Бу соҳанинг тарқалган флегмоналарида йирингли ўчоқни жойлашган ўрнини юқори аниқликда топиш ва шунга мос равишда адекват хирургик давони қўл- лаш беморларни даволаш жараёнларида яхши натижаларга эришишни таъминлайди.

Адабиётлар

1. Воробьев А.А., Мионов А.Ю., Пашков Е.П. Современное состояние лабораторной диагностики инфекций, вызываемых не спорообразующими анаэробами, и пути ее совершенствования // Вестник АМН. - 2010. - № 1. - С. 15-22.
2. Рукава Е.В. и др. Микробиологическая оценка эффективности комплекса лечения больных с флегмонами челюстно-лицевой области // Стоматология. - 2010. - № 2. - С. 102-108.
3. Мионов А.Ю. Современные подходы к лабораторной диагностике анаэробной неклостридиальной инфекции // Клин. лаб. диагн. - 2011. - № 8. - С. 25-28.
4. Аржанцев А.П., Рабухина Н.А. О диагностическом значении двух-проекционного рентгенологического исследования челюстей // Мат. Всеросс. на- уч.-практ. конф. «Стоматология сегодня и завтра». 2005. - С. 11-12.
5. Виноградов Б.В., Волков Г.П., Морозов А.В. Особенности компьютерной диа- гностики огнестрельной травмы головы. // Материалы Всеросс. научн. форума «Радиология 2005», М., 2005. - С. 72.
6. Коротких Н.Г., Бахметьев В.И., Антименко О.О. и др. Комплексная диагно- стика повреждений нижней зоны лица. // Мат. Всеросс. научн.-практ. конференции «Стоматология сегодня и завтра», М., 2005.-С. 34-35.
7. Манакова Я.Л., Дергилев А.П. Спиральная компьютерная и магнитно-ре- зонансная томография в диагностике внутренних нарушений височ- но-нижнечелюстного сустава. // Материалы научного форума: Тез.- 2005.-С. 249-250.
8. Манакова Я.Л. Оптимизация лучевой диагностики повреждений и заболе- ваний височно-нижнечелюстных суставов: // Автореф. дисс. . канд. мед. наук. -М., 2005.- 21с.
9. Козлов В.А., Егорова О.А., Троцюк Н.В. Внутричерепные осложнения гнойных заболеваний одонтогенной этиологии // Институт стоматологии. - 2004. - № 2. - С.35-37.
10. Козлов В.А. Одонтогенный медиастинит // Стоматология. - 2006. - №3. - С.30-34.
11. Комлев В.И. Значение ультразвукового исследования в диагностике воспа- лительных процессов челюстно-лицевой области // XIII Международная конференция челюстно-лицевых хирургов и стоматологов. - Санкт-Пе- тербург, 2008. - С. 112-113
12. Кравцевич Л.А. Применение низкоинтенсивного лазерного излучения в ле- чении флегмон челюстно-лицевой области и шеи // XIV Съезд Хирургов Республики Беларусь: Сб. труд. - 2010. - №5. - С.101 - 106.
13. Харитонов Ю.М., Лёвев В.Н., Диденко И.Ю. Микробиологическая диагности- ка острых воспалительных заболеваний челюстно-лицевой области и шеи // Институт ИПМО - 25 лет: Матер. Науч.-практ. деятельности сотрудников ИПМО. - Воронеж, 2008. - С. 235-238.
14. Лабис В.В. Принципы комбинированного применения антибактериальных и противовоспалительных препаратов для профилактики и лечения осложнений в практике современной хирургической стоматологии: Ав- тореф. дис. ... канд. мед. наук. - Москва, 2007. - 25 с.
15. Ляпушина Л.С. Клинико-иммунологическая оценка эффективности ло- кальной иммунокоррекции в комплексном лечении гнойно-воспалитель- ных заболеваний челюстно-лицевой области: Автореф. дис. ... д-ра мед. наук. - Челябинск, 2009. - 49 с.
16. Левенец А.А., Чучунов А.А. Одонтогенные флегмоны челюстно-лицевой об- ласти // Стоматология. - 2006. - №3. - С.27-29.
17. Лепилин А.А., Райгородский Ю.М., Наздрачев В.Г., Ерокина Н.Л. Динамическая магнитотерапия в комплексном лечении флегмон челюстно-лицевой области и переломов нижней челюсти // Стоматология. - 2007. - № 5. - С.55-57.
18. Мустафаев М.Ш., Хараева З.Ф., Рехвиашвили Б.А., Тарчкова Э.М. Соотно- шение про воспалительных и противовоспалительных цитокинов в крови и ране больных с одонтогенными флегмонами // Стоматология. - 2007. - №5. - С.40-43.
19. Письменова Н.Н. Обоснование выбора антибактериальных средств и контроль их эффективности при гнойно-воспалительных заболеваниях челюстно-лицевой области: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. - М., 2006. - 22с.
20. Сашкина Т.И., Шулаков В.В., Караков К.Г., Порфириади М.П., Бирюлёв А.А. Динамика показателей неспецифической резистентности у больных с флегмонами челюстно-лицевой области и возможности её коррекции // Медицинский вестник Северного Кавказа, 2010. - № 2.-С.44-46.
21. Тер-Асатуров Г.П. Некоторые вопросы патогенеза одонтогенных флег- мон // Стоматология. - 2005. - №1. - С.20-27.
22. Тец В.В. Роль микрофлоры полости рта в развитии заболеваний человека // Стоматология. - 2008. - №3. - С.76-80.