

structure of the majority of functionally significant structural elements.

By the 30th day after tissue dissection and compression of the neurovascular bundle of the inferior alveolar nerve, degenerative-inflammatory phenomena in the nerve fiber are replaced by degenerative and sclerotic processes, and in the surrounding tissues by the development of gross cicatricial changes with foci of incomplete fibrillogenesis.

#### References

1. Snyder D.J., Bartoshuk L.M. Oral Sensory Nerve Damage: Causes and Consequences // *Rev. Endocrinol. Metab. Dis.* – Vol. 17, №2. – P. 149-158.
2. Ceballos D., Cuadras J., Verdú E., Navarro X. Morphometric and ultrastructural changes with ageing in mouse peripheral nerve // *J. Anat.* – 1999. – Vol. 195 (Pt 4). – P. 563-576.
3. Park J., Van Trinh N., Sears-Kraxberger I. et al. Synaptic ultrastructure changes in trigemino-cervical complex post trigeminal nerve injury // *J. Comp. Neurol.* – 2016. – Vol. 524, №2. – P. 309-322.
4. Chen Y.-J., Huang F., Zhang M., Shang H.-Y. Psychological Stress Alters Ultrastructure and Energy Metabolism of Masticatory Muscle in Rats // *J. Biomed. Biotechnol.* – 2010. – Vol. 2010.
5. Golub V.M., Brewer J., Wu X. et al. Neurostereology protocol for unbiased quantification of neuronal injury and neurodegeneration // *Front Aging Neurosci.* – 2015. – Vol. 196.
6. Johnston C.D., Owens P.D. Reinnervation of developing rat molars // *J. Anat.* – 1991. – Vol. 176. – P. 169-179.
7. Chilawal A., Narayan R.K., Chaung W. et al. Neuroprotective Effects of Trigeminal Nerve Stimulation in Severe Traumatic Brain Injury // *Sci. Rep.* – 2017. – Vol. 7. – P. 6792.

<http://dx.doi.org/10.26739/2091-5845-2019-2-27>  
УДК: 616.94-08:616.716.8/617.52-002.36

## ОЦЕНКА ВЛИЯНИЯ КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ НА ДИНАМИКУ ЭНДОГЕННОЙ ИНТОКСИКАЦИИ ПРИ ФЛЕГМОНАХ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ



Жилонов А.А., Каршиев Х.К.

Ташкентский государственный  
медицинский институт

#### Аннотация

**Цель:** сравнительный анализ эффективности комплексного лечения флегмон челюстно-лицевой области. **Материал и методы:** под наблюдением были 66 больных с флегмонами челюстно-лицевой области, разделенные на

2 группы в зависимости от схемы лечения. Результаты: у больных 1-й группы под влиянием традиционной комплексной терапии показатели сорбционной способности эритроцитов и уровень среднемолекулярных пептидов снижались недостаточно быстро. У пациентов 2-й группы гипохлорит натрия оказывал на гнойную рану благоприятное влияние, о чем свидетельствовала заметная нормализация лабораторных показателей, отражающих степень эндогенной интоксикации. Выводы: раствор гипохлорита натрия может использоваться для лечения пациентов с острыми гнойно-воспалительными заболеваниями челюстно-лицевой области.

**Ключевые слова:** флегмоны челюстно-лицевой области, эндогенная интоксикация, сорбционная способность эритроцитов, среднемолекулярные пептиды.

#### Annotation

Based on the study of indicators of endogenous intoxication in 66 patients with phlegmon of the maxillofacial region, an increase in the level of endotoxemia was revealed. In the first subgroup of patients, after traditional complex therapy, there was an insufficiently effective decrease in parameters of erythrocyte sorption capacity (ESC) and medium molecular peptides (MMP). The results of the study in the 2nd subgroup of patients showed a favorable effect of sodium hypochlorite solution on purulent wounds, which was manifested by a noticeable normalization of laboratory indicators reflecting the degree of endogenous intoxication to purulent wound.

Лечение острых гнойно-воспалительных заболеваний челюстно-лицевой области остается одной из наиболее актуальных проблем хирургической стоматологии [2,7]. Поиску эффективных мероприятий при этой патологии посвящены многочисленные исследования отечественных и зарубежных авторов [1,4-6]. В последние годы лечение больных с острыми гнойно-воспалительными заболеваниями челюстно-лицевой области привлекает все большее внимание специалистов челюстно-лицевой хирургии в связи с увеличением частоты и тяжести течения этих заболеваний [3,8,9].

**Цель исследования:** сравнительный анализ эффективности комплексного лечения флегмон челюстно-лицевой области.

#### Материал и методы

Исследование проведено у 66 больных с флегмонами челюстно-лицевой области, которые в зависимости от проводимой терапии были разделены на две группы. В 1-ю группу вошли 33 больных, у 30 из которых острый гнойно-воспалительный процесс занимал одну, у 3 – две анатомо-топографические области. Эти больные получали только традиционную комплексную терапию. Во 2-ю группу были включены 33 больных с флегмонами челюстно-лицевой области, у 28 из которых патологический процесс занимал одну, у 5 – две анатомо-топографические области. В этой группе проводилась комплексная терапия в сочетании с орошением раны раствором гипохлорита натрия, который получали с использованием аппарата Эсперо-1. Сорбционную способность эритроцитов (ССЭ) определяли по методу Тогайбаева – Кургузкина (1987). Количество среднемолекулярных пептидов (СМП) определяли по методу Габриэляна и соавт. (1981).

**Результаты и обсуждение**

Результаты проведенного исследования показали, что после вскрытия гнойных очагов, дренирования раны и курса традиционной лекарственной терапии у всех 33 больных 1-й группы отмечалось постепенное улучшение общего состояния. Температура тела и пульс у больных нормализовались, как правило, на 4-5-е сутки, гноетечение из ран практически полностью прекращалось на 6-7-е сутки лечения.

Свежие розовые грануляции у всех 33 больных появлялись на 7-8-е сутки. Необходимо подчеркнуть, что для пациентов этой группы было характерно относительно быстрое рассасывание воспалительного инфильтрата, очищение раны от тканевого детрита, раннее появление грануляций и сокращение (контракция) площади раны. В день поступления уровень ССЭ был выше, чем у здоровых доноров на 113,4%. При повторном исследовании, на 6-7-е сутки после проведения комплексной терапии уровень ССЭ, хотя и снижался наполовину (59,2%) по сравнению с предыдущим сроком, но все еще оставался выше, чем у здоровых лиц. Перед выпиской из стационара, на 9-10 сутки уровень ССЭ продолжал снижаться, по-прежнему, достоверно превышая уровень здоровых доноров.

При поступлении у больных 1-й группы содержание СМП в крови было выше контроля на 80,5%. После проведения традиционной терапии, на 6-7-е сутки наблюдалось некоторое снижение этого показателя, однако он все еще достоверно превышал «физиологическую норму». Перед выпиской из стационара, на 9-10-й дни после начала лечения отмечалось дальнейшее

снижение уровня СМП в крови, который, однако, все еще значительно превышал контрольные значения (рис. 1). Средняя продолжительность лечения больных этой группы составила в среднем 12,3±1,4 койко-дня.

У пациентов 2-й группы общее состояние, температура тела и пульс при поступлении существенно не отличались от соответствующих показателей у лиц 1-й группы. После вскрытия гнойного очага гнойные раны промывали раствором гипохлорита натрия и назначали традиционную комплексную медикаментозную терапию. Температура тела и пульс у этих больных нормализовались на 3-4-е сутки после начала лечения. Выраженное гноетечение из раны прекращалось на 4-5-е сутки, а появление грануляций отмечалось на 6-7-е сутки.

В день поступления уровень ССЭ был больше, чем у здоровых лиц на 105,8%. Результаты повторного исследования, проведенного на 6-7-е сутки после начала комплексного лечения, показали, что хотя этот показатель эндогенной интоксикации заметно снижается, но остается выше контроля на 47,7%. На заключительном этапе медикаментозной терапии наблюдалось дальнейшее снижение уровня ССЭ, однако значения, характерного для здоровых лиц, он так и не достиг. Что касается уровня СМП в крови, то в день поступления в стационар он был выше, чем у здоровых лиц на 83,8%. Дальнейшее проведение комплексной терапии способствовало снижению этого показателя. Так, при повторном исследовании (на 6-7-е сут лечения) их концентрация оставалась выше, чем у здоровых лиц повышенной, но только на 38,2%. В конце комплексного лечения наблюда-

Рис. 1. Сорбционная способность эритроцитов и содержание молекул средней массы у больных с флегмонами челюстно-лицевой области, получающих комплексное лечение. Примечание. \* – p<0,01, \*\*\* – p<0,001 по сравнению с контролем.

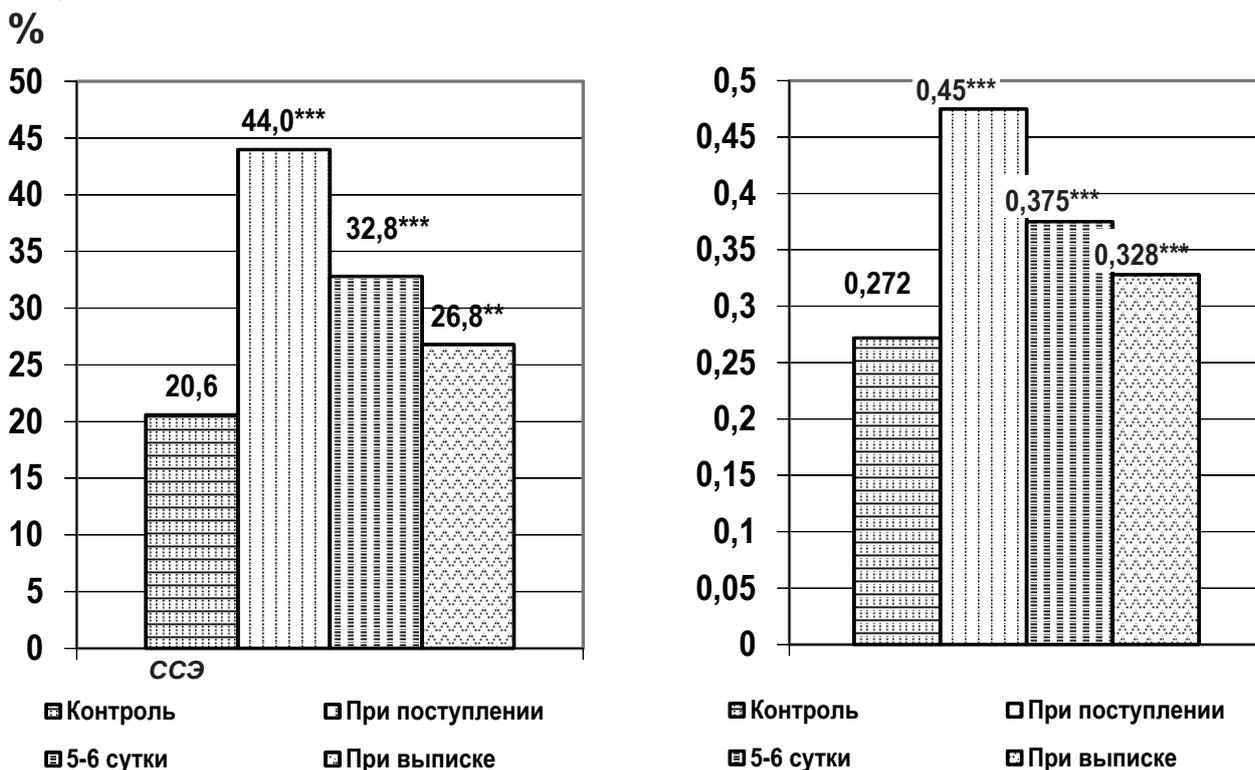
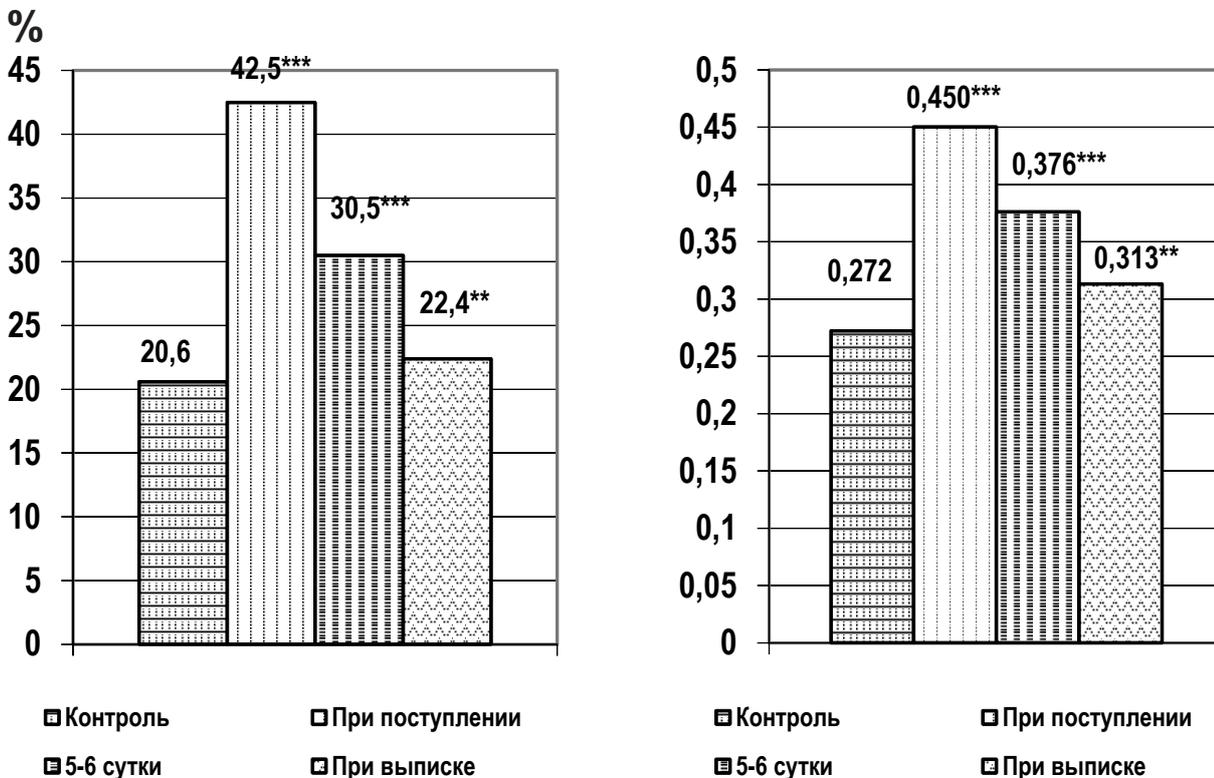


Рис. 2. Сорбционная способность эритроцитов и содержание молекул средней массы при комплексном лечении. Примечание. \*\* –  $p < 0,01$ , \*\*\* –  $p < 0,001$  по сравнению с контролем.



лось некоторое снижение концентрации СМП в крови больных, но она по-прежнему была достоверно ( $p < 0,05$ ) выше, чем у здоровых лиц (доноров).

Результаты исследования показали, что раствор гипохлорита натрия оказывает благоприятное действие на гнойную рану, в результате которого отмечалась заметная нормализация лабораторных показателей, отражающих степень эндогенной интоксикации.

#### Список литературы

1. Артюшкевич А.Б. Абсцессы и флегмоны челюстно-лицевой области // *Стоматология*. – 2003. – №2. – С. 55-58.
2. Бажанов Н.Н. Пути совершенствования методов лечения больных с флегмонами челюстно-лицевой области // *Вестн. РАМН*. – 1995. – №10. – С. 32-37.
3. Белокуров Ю.Н., Рыбачков В.В. Прогнозирование течения эндогенной интоксикации в неотложной хирургии // *Вестн. хир.* – 1991. – Т. 146, №5. – С. 3-7.
4. Биберман Я.М., Стародубцев В.С., Шутова А.П. Антисептики в комплексном лечении больных с околочелюстными абсцессами и флегмонами // *Стоматология*. – 1996. – №6. – С. 25-27.
5. Дубинин Ю.А. Комплексное лечение гнойной раны: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – Краснодар, 1997. – 22 с.
6. Забелин А.С. Особенности клиники и комплексного лечения больных с флегмонами лица и шеи в зависимости от выраженности синдрома эндогенной интоксикации: Дис. ... д-ра мед. наук. – Смоленск, 1997. – 315 с.

7. Левенец А.А., Чугунов А.А. Одонтогенные флегмоны челюстно-лицевой области // *Стоматология*. – 2006. – №3. – С. 27-29.

8. Павлюченко И.И., Гайворонская Т.В. Эндогенная интоксикация и ее коррекция при лечении больных одонтогенными флегмонами челюстно-лицевой области // *Рос. стоматол. журн.* – 2008. – №6. – С. 41-43.

9. Петросян Э.А. Гипохлорит натрия в лечении гнойного перитонита // *Вестн. хир.* – 1993. – №5-6. – С. 18-22.