

**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ КЫРГЫЗСКОЙ РЕСПУБЛИКИ  
КЫРГЫЗСКАЯ ГОСУДАРСТВЕННАЯ МЕДИЦИНСКАЯ  
АКАДЕМИЯ**

На правах рукописи  
УДК 616.5-002.3+616-002+616.716+616-053.32+615.5

**ТЫНАЛИЕВ Уланбек Аманович**

**КОМПЛЕКСНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ОСТРЫХ ГНОЙНО-  
ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ЧЕЛЮСТНО-  
ЛИЦЕВОЙ ЛОКАЛИЗАЦИИ У ДЕТЕЙ  
С ПРИМЕНЕНИЕМ РАПИНА**

14.00.21.- стоматология

**АВТОРЕФЕРАТ  
ДИССЕРТАЦИИ НА СОИСКАНИЕ УЧЕНОЙ СТЕПЕНИ  
КАНДИДАТА МЕДИЦИНСКИХ НАУК**

Бишкек – 2002

Работа выполнена в Республиканской детской клинической больнице Министерства Здравоохранения Кыргызской Республики.

Научный руководитель: кандидат медицинских наук,  
доцент Орозобеков С.Б.

Официальные оппоненты: доктор медицинских наук,  
профессор Супиев Т.К.

кандидат медицинских наук,  
доцент Юлдашев И.М.



Ведущая организация: Республиканский научно-клинический центр «Стоматология» Министерства Здравоохранения Республики Казахстан.

Защита диссертации состоится « \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 2002 г. в 14.00 часов на заседании диссертационного совета Д 14.01.170 при Кыргызской Государственной Медицинской Академии (720061, г. Бишкек, ул. Ахунбаева, 92).

С диссертацией можно ознакомиться в библиотеке Кыргызской Государственной Медицинской Академии.

Автореферат разослан « \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 2002 г.

Ученый секретарь  
диссертационного совета,  
кандидат медицинских наук,  
доцент

Д. Б. Шаяхметов

## ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАБОТЫ

**Актуальность проблемы.** Несмотря на достигнутые успехи в профилактике и лечении острых гнойно-воспалительных заболеваний челюстно-лицевой локализации, отмечается высокая распространенность рассматриваемой патологии в детском возрасте. Это явилось результатом ослабления профилактической работы среди детского населения, ухудшение качества медикаментозной помощи населению, ухудшение экологической обстановки. В результате этого изменилось клиническое течение этих заболеваний, чаще стали появляться более тяжелые формы одонтогенных и неодонтогенных гнойно-воспалительных заболеваний, иногда заканчивающихся развитием грозных для жизни ребенка осложнениями [Бородина Т. В. и соавт., 2001; Васина и соавт., 2001; Рогинский В. В. и соавт., 1996].

Актуальность проблемы гнойно-воспалительных заболеваний в стоматологии детского возраста объясняется рядом возрастных особенностей растущего организма, в частности, несовершенством тканевого барьера, что способствует быстрому распространению процесса на новые участки, частым переходом одной нозологической формы в другую и частым поражением регионарных лимфатических узлов. При различных формах гнойно-воспалительных заболеваний общая реакция организма на инфекцию зачастую опережает развитие местного воспалительного процесса и нередко сопровождается нарушением функции жизненно-важных органов и систем [Рогинский В.В., 1998; Супиев Т.К., 2001].

В настоящее время благодаря развитию медицинских, биологических и технических наук, гнойная хирургия значительно обогатилась арсеналом новых лечебных средств. Однако для достижения лечебного эффекта применение современных технических средств для лечения ран требуют больших материальных затрат, не всегда доступных для большинства хирургических стационаров, а однократное введение в рану новых и дорогостоящих антибиотиков или протеолитических ферментов не дает желаемого эффекта, так как они быстро инактивируются тканевыми и бактериальными ферментами. К тому же, нередкими являются случаи непереносимости большими лекарственными препаратами, используемых для лечения гнойных ран [Агапов В. С. и соавт., 2001; Тарасенко С. В. и соавт., 2001; Arnold T. et al., 1999].

Медикаментозное лечение, не конкурируя с хирургическим, является составной частью местного лечения гнойных ран, до сих пор

остаётся наиболее распространённым методом, который экономически выгоден, применим в любых условиях, отличается простотой и доступностью. [ Безрукова И. В. 2001; Фозылов М. М. 2002; Morey-Mas M. et al., 1996 ].

Следовательно, разработка комплексных методов лечения острых гнойно-воспалительных заболеваний челюстно-лицевой локализации, поиск доступных и эффективных средств для местного воздействия на гнойную рану является актуальной задачей хирургической стоматологии. В этом плане заслуживает внимание отечественный лечебно-профилактический препарат рапин, изготовленный на основе экологически чистых природных минеральных ресурсов Кыргызстана, который дал обнадеживающие результаты в стоматологической практике [ Жолуева П. Т., 1999; Сабитова К. Е., 2000; Стабаева Г. С., 1999 ]. Однако рапин не использовался в гнойной хирургической практике, что послужило для глубоких клиничко-лабораторных исследований.

**Цель исследования** – совершенствовать комплексные методы лечения острых гнойно-воспалительных заболеваний челюстно-лицевой локализации у детей с применением рапина

#### **Задачи исследования:**

1. Уточнить особенности клинического течения острых гнойно-воспалительных заболеваний челюстно-лицевой локализации в детском возрасте.
2. Модифицировать способы хирургического дренирования гнойных ран челюстно-лицевой локализации у детей.
3. Определить влияние рапина на показатели общей реакции организма детей при одонтогенных флегмонах и аденофлегмонах.
4. Разработать методику местного применения рапина при гнойных ранах челюстно-лицевой локализации.
5. Изучить влияние рапина на микрофлору и заживление гнойных ран челюстно-лицевой локализации.

#### **Научная новизна работы:**

1. Клиничко-микробиологическими исследованиями установлено, что антимикробное действие рапина происходит при непосредственном контакте его минеральных компонентов и щелочной среды на микроорганизмы, оказывающих разрушающее действие и создающих неблагоприятные условия для их размножения.
2. Клиничко-лабораторными исследованиями установлено, что

рапин за счёт высокоактивных микроэлементов способствует ускорению обменных процессов в ране и активизирует ферментные системы, стимулирует местный иммунитет с усилением макрофагальной реакции, обеспечивает высокий биохимический потенциал и хорошую фибробластическую реакцию, быстрое образование коллагена, что в итоге приводит к ранней эпителизации и контракции раны с формированием мягкого, подвижного косметического рубца.

3. Рапин оказывает положительное действие на течение раневого процесса во всех ее фазах, путем оптимизации репаративных процессов, доказательством чему является сравнительно быстрое уменьшение площади раневой поверхности в процессе лечения и сокращение общего срока заживления гнойной раны в 1,5 раза.

#### **Практическая значимость работы:**

1. Разработан и внедрен в клиническую практику способ дренирования разлитых флегмон челюстно-лицевой области.
2. Разработан и внедрен в клиническую практику способ дренирования глубоких флегмон челюстно-лицевой области.
3. Разработана и внедрена в клиническую практику методика местного применения рапина при острых гнойно-воспалительных заболеваниях челюстно-лицевой локализации у детей.

#### **Апробация работы:**

- Основные положения диссертационной работы доложены на:
- заседании ассоциации стоматологов Кыргызской Республики (Бишкек, 1997);
  - научно-практической конференции стоматологов Кыргызской Республики (Бишкек, 1997);
  - врачебной конференции Республиканской детской клинической больницы (Бишкек, 2000);
  - Республиканской научно-практической конференции «Актуальные проблемы педиатрии и детской хирургии на современном этапе» (Бишкек, 2000);
  - II (V) съезде стоматологов Республики Казахстан (Астана, 2000);
  - заседании кафедры хирургической стоматологии КГМА (Бишкек, 2001);
  - межкафедральном заседании по стоматологии КГМА (Бишкек, 2001);
  - Республиканской научно-практической конференции врачей-стоматологов (Ош, 2001).

### Основные положения, выносимые на защиту:

1. Особенности детского организма и челюстно-лицевой области требуют особого подхода при дренировании одонтогенных флегмон и аденофлегмон.

2. Антимикробное действие рапина обусловлено разрушающим действием препарата при его непосредственном контакте с микроорганизмами, что обусловлено действием минеральных компонентов препарата и щелочной среды, оказывающих на микроорганизмы разрушающее действие и создающие неблагоприятные условия для их размножения.

3. Комплексное лечение, включающее способы хирургического дренирования и медикаментозную терапию гнойных ран с применением рапина, способствует ранней нормализации показателей общей реакции организма у детей с острыми гнойно-воспалительными заболеваниями челюстно-лицевой локализации, быстрому очищению раны от патогенной микрофлоры и раннему наступлению репаративных процессов с образованием хороших косметических результатов.

### Сведения о внедрении

Основные результаты диссертационной работы внедрены в клиническую работу отделений челюстно-лицевой хирургии Республиканской детской клинической больницы и Национального госпиталя МЗ КР, используются в учебном процессе со студентами стоматологического факультета Кыргызской государственной медицинской академии.

### Публикации

По теме диссертации опубликовано 13 научных работ и составлены два рационализаторских предложения.

### Объем и структура диссертации

Диссертация изложена на 185 страницах машинописного текста, включающего введение, 4 глав, заключения, выводов, практических рекомендаций, содержит 26 таблиц и 30 рисунков. Список литературы содержит 226 источника, из них 148 – на русском языке и 78 – зарубежной.

## МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЙ

Работа основана на анализе комплексного обследования и лечения 174 детей в возрасте от двух месяцев до 15 лет с одонтогенными и неодонтогенными флегмонами челюстно-лицевой локализации. Дети находились на стационарном лечении в отделении челюстно-лицевой хирургии Республиканской детской клинической больницы Министерства здравоохранения Кыргызской Республики за период с декабря 1996 по ноябрь 2000 года. У детей выявлялись две группы гнойно-воспалительных заболеваний в зависимости от первичного очага гнойной инфекции: 1) аденофлегмоны, 2) одонтогенные флегмоны. Такое деление больных учитывалось при составлении плана лечения.

В день госпитализации и в динамике лечения у детей с острыми гнойно-воспалительными заболеваниями изучались анамнез и история развития болезни, перенесенные и сопутствующие заболевания, общее состояние больного, выраженность температурной реакции и степени интоксикации, функциональные расстройства. У больных, направленных или переведенных из других клиник, уделялось особое внимание методам лечения как в догоспитальном периоде, так и в условиях лечебных учреждений.

Местные проявления болезни изучались на основании определения распространенности воспалительного процесса (отека, инфильтрация), гиперемии кожных покровов и слизистой полости рта, симптома флюктуации, функциональных расстройств, наличия или отсутствия болезненности при пальпации и открывании полости рта. В послеоперационном периоде оценивалась динамика заживления гнойной раны в зависимости от методов лечения.

Уточнялись осложнения гнойно-воспалительных процессов возникших как в догоспитальном периоде, так и в процессе лечения.

В день госпитализации всем детям с острыми гнойно-воспалительными заболеваниями челюстно-лицевой локализации оказывалась хирургическая помощь по неотложным показаниям и в полном объеме. По показаниям устранялись очаги одонтогенной инфекции путем удаления зуба, явившегося источником инфекции (у 43 с одонтогенными и у 4 с аденофлегмонами) или консервативного лечения этих зубов (у одного больного с одонтогенной флегмоной и у 5 с аденофлегмонами), осуществлялись внутри – и внеротовые разрезы околочелюстных мягких тканей. В зависимости от ведения больных в послеоперационном периоде они были распределены на

две группы: 1) сравниваемая, где обработка гнойной раны осуществлялась общепринятыми средствами (гипертонический раствор, фурациллин, перекись водорода, мазь Вишневского, мазь левомеколь), 2) основная, где для местного лечения гнойной раны использовалось новое лечебно-профилактическое средство рапин, разработанное научно-производственной фирмой «Бурана» на базе минеральных ресурсов с лечебными свойствами.

Лекарственный препарат защищен патентом Кыргызской Республики (патент 009 ФС 68-62-1.3-00), утвержден нормативно-технической документацией – фармакопейной статьёй и инструкцией по применению.

Ранее проведенными клинико-лабораторными исследованиями установлено, что препарат рапин обладает выраженным противовоспалительным, десенсибилизирующим, регенерирующим и обезболивающим действием, уменьшает проницаемость сосудов, снижает кровоточивость десен, устраняет зубной налет, оказывает ощелачивающее действие, уплотняет твердые ткани зубов [ Жолуева П. Т., 1999; Сабитова К. Е., 2000; Стабаева Г. С., 1999 ].

Всем больным по показаниям назначалась антибактериальная, симптоматическая и физиотерапия. При тяжелом течении процесса осуществлялась детоксикация организма доступными методами и средствами.

В день госпитализации и в динамике лечения у больных проводились следующие клинические и лабораторные исследования: общие анализы крови и мочи (у 174), вычисление ЛИИ, определение С – реактивного белка (у 139), цитологическое исследование раневого отделяемого (у 27), рН – метрическое исследование раневой среды (у 152), морфометрические исследования гнойной раны (у 124) и микробиологические исследования (у 133).

Результаты исследования подвергались статистической обработке с использованием методов, принятых в медицинских исследованиях. В частности, вычислялись средняя арифметическая (M), среднее квадратичное отклонение (s), средняя квадратичная ошибка (m), достоверность различий средних абсолютных и относительных величин по критерию Стьюдента (t), коэффициент корреляции (r).

Методика применения рапина – описана в практических рекомендациях (3-пункт).

## РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЙ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Анализ клинического материала показал, что среди острых гнойно-воспалительных заболеваний челюстно-лицевой локализации у детей преобладают аденофлегмоны неodontогенного происхождения (у 99 или 56,9%). Кроме того, у 9 (5,2%) больных причиной развития аденофлегмоны была одонтогенная инфекция. Одонтогенные флегмоны выявлены у 66 (37,9%) больных.

Дети с одонтогенными флегмонами чаще встречались в возрасте от 4 до 12 лет (у 56 или 32,2%), что связано с высокой поражаемостью молочных зубов и первых постоянных моляров кариесом и его осложнениями. Частота неodontогенных аденофлегмон у детей до 3 лет (у 37 или 21,3%) объясняется частыми простудными заболеваниями, встречающимися в этой возрастной группе.

В подавляющем большинстве случаев флегмоны занимали одну из анатомических областей (у 155 или 89,1%), реже два и более области (у 19 или 10,9%). Наиболее частой локализацией флегмон являлась область поднижнечелюстного треугольника, подподбородочная область, затем поджевательное и крыловидно-нижнечелюстное пространства, область шеи и другие.

Большинство детей с аденофлегмонами поступали в клинику в более поздние сроки, чем при одонтогенных флегмонах. В день госпитализации у 82 (47,1%) детей общее состояние расценено как удовлетворительное, у 71 (40,8%) – средней тяжести, у 21 (12,1%) – как тяжелое.

При поступлении все больные жаловались на наличие болезненной припухлости мягких тканей лица, на ограничение открывания рта из-за болезненности и воспалительной контрактуры нижней челюсти (у 33 или 18,9%), боли при глотании (у 47 или 27,0%), потерю аппетита (у 66 или 37,9%), общую слабость и недомогание (у 71 или 40,8%), головную боль (у 46 или 26,4%). На боли в области зуба, явившегося очагом одонтогенной инфекции жаловались 65 больных из 75, что по отношению ко всем госпитализированным больным составляет 37,3%.

В целом у 58,0% детей с одонтогенными и неodontогенными гнойно-воспалительными заболеваниями зарегистрировано повышение температуры тела до 37,1 градусов и выше.

Установлено, что после оперативного вмешательства у 1/3 больных с аденофлегмонами температура тела нормализуется через сутки с постепенным снижением этого показателя к 7 суткам. В то же

время, при одонтогенных флегмонах температура тела больных снижается в основном с третьего дня после оперативного вмешательства.

При анализе лейкограмм установлено, что у 35,9% детей с гнойно-воспалительными заболеваниями процесс протекал при относительно нормальном содержании лейкоцитов, а у 10,9% – при низком. Такая картина была характерна для детей старшего возраста (13–15 лет). Наоборот, в младших возрастных группах (до 3 лет, 4–7 лет) чаще отмечался высокий лейкоцитоз.

Ускорение СОЭ от умеренного до значительного наблюдалось у 137 (78,7%) наблюдаемых нами больных. Чем тяжелее протекал процесс, тем чаще показатель СОЭ был 30 мм/час и выше.

Величина ЛИИ находилась в прямой зависимости от интенсивности воспалительного процесса и коррелировала с такими показателями, как количество лейкоцитов и показатель СОЭ периферической крови. Нами отмечено, что восстановление этих показателей до нормы зависит также от способа лечения.

C – реактивный белок по нашим данным, был положительным у всех обследованных больных. Независимо от методов лечения через сутки от начала стационарного лечения показатели СРБ составили  $2,96 \pm 0,04$  мм, на 3 сутки –  $1,62 \pm 0,05$  мм, а перед выпиской из клиники он не определялся. Данный показатель коррелировал с тяжестью течения воспалительного процесса. В частности, при одонтогенных флегмонах показатели СРБ через сутки после госпитализации составляли  $3,8 \pm 0,08$  мм, у больных с аденофлегмонами –  $2,8 \pm 0,07$  мм ( $P < 0,05$ ).

Местная картина заболевания зависела от тяжести и распространенности гнойно-воспалительного процесса. Одонтогенная инфекция отличалась своей агрессивностью, и сроки от начала болезни до разгара были минимальными (у 84,8%), чем при аденофлегмонах (у 62%). В свою очередь больные с аденофлегмонами обращались в клинику в более поздние сроки от начала болезни. Гнойно-некротические флегмоны составляли 8,04% всех гнойно-воспалительных заболеваний и в основном встречались при одонтогенных флегмонах (6,9%).

Морфометрическими исследованиями доказано, что при одонтогенных флегмонах после дренирования гнойника образуется сравнительно большая раневая поверхность чем при аденофлегмонах  $P < 0,05$  (табл. 1).

Таблица 1

Площадь раневой поверхности при острых гнойно-воспалительных заболеваниях челюстно-лицевой локализации

Нозологическая форма	Площадь раневой поверхности (см <sup>2</sup> )							
	1-сутки		4-сутки		8-сутки		12-сутки	
	M	± m	M	± m	M	± m	M	± m
одонтогенная флегмона	3,4	0,06	2,2	0,07	1,3	0,06	0,6	0,04
аденофлегмона	2,5	0,08 <sup>*)</sup>	1,5	0,06 <sup>*)</sup>	0,9	0,05 <sup>*)</sup>	0,5	0,04

<sup>\*)</sup> – различие результатов статистически достоверно по сравнению с показателями больных с одонтогенными флегмонами ( $P < 0,05$ ).

На основании данных площади раневой поверхности вычислась скорость заживления гнойной раны, которая при аденофлегмонах протекала быстрее, чем при одонтогенных флегмонах.

При обследовании раневого отделяемого больных с острыми гнойно-воспалительными процессами челюстно-лицевой локализации, нами установлены колебания концентрации водородных ионов pH в пределах от 5,0 – 7,0. Исследования показали, что, при одонтогенных флегмонах явление ацидоза в гнойной ране более выражено, чем при аденофлегмонах (рис. 1).



Рис. 1. Колебания величины pH раневого отделяемого при различных флегмонах.

Проведенные микробиологические исследования показали, что возбудители острых гнойно-воспалительных заболеваний челюстно-лицевой локализации у 83 (62,4%) обследованных детей были пред-

ставлены в виде монокультур. При этом в 83,9% выделенные штаммы микроорганизмов оказались грамположительными. Среди них стафилококки составляют – 50,2%, стрептококки – 33,7%. У 11,5% больных выделена грамотрицательная флора. У 42 (31,6%) больных раневая микрофлора была представлена в виде микробных ассоциаций. У больных с аденофлегмонами микрофлора инфекционного очага чаще была представлена стафилококками и стрептококками (48,1% и 44,5%), остальная часть микрофлоры (7,4%) были представлены грамотрицательными бактериями и дрожжеподобными грибами рода *Candida*. При одонтогенных флегмонах чаще высевались стафилококки (57,0%), стрептококки и другая микрофлора составляли соответственно 26,7% и 16,3% от общего числа микроорганизмов (рис. 2).

Среди микроорганизмов, явившихся возбудителями острых гнойно-воспалительных заболеваний в 167 (95,4%) случаях высевалась аэробная флора и только в 8 (4,6%) случаях микробиологический посев в аэробных условиях был стерильным.

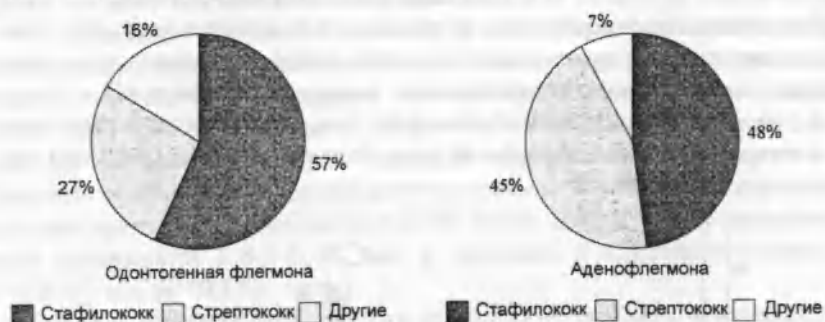


Рис. 2. Высеваемость стафилококков и стрептококков из гнойных очагов челюстно-лицевой области при острых гнойно-воспалительных заболеваниях.

Нами изучалась антибиотикочувствительность основных возбудителей штаммов стафилококков, стрептококков и синегнойной палочки. Стафилококки преимущественно были чувствительны к мандолу, кефзолу, гентамицину, линкомицину и оксациллину; стрептококки – к кефзолу, мандолу, гентамицину, стрептомицину, а синегнойная палочка к мандолу и кефзолу. Эти данные использовались для коррекции схем лечения больных.

Количественный микробиологический анализ гнойных ран у больных в день госпитализации (КОЕ на 1 мл секрета) имел прямую связь с тяжестью и распространенностью гнойно-воспалительного процесса.

Так, при аденофлегмонах количество микробов составило  $6,6 \pm 1,0 \times 10^5$ /мл, а при одонтогенных флегмонах  $5,8 \pm 1,0 \times 10^6$ /мл (табл.2).

Таблица 2

Количественная характеристика микрофлоры очагов гнойной инфекции в динамике.

Нозологическая форма	Количество микроорганизмов (КОЕ/мл)					
	1- сутки		4 - сутки		7 - сутки	
	М	$\pm m$	М	$\pm m$	М	$\pm m$
Аденофлегмона	6,6	$1,0 \times 10^5$	1,6	$0,4 \times 10^5$	4,1	$1,0 \times 10^4$
Одонтогенная флегмона	5,8	$1,0 \times 10^{6*1)}$	1,1	$0,4 \times 10^{6*1)}$	1,7	$0,5 \times 10^{5*1)}$

\*1) – различие результатов статистически достоверно по сравнению с показателями при аденофлегмоне ( $P < 0,05$ ).

Дренирование глубоких флегмон челюстно-лицевой локализации (поджевательного и крыловидно-нижнечелюстного пространств) проводилось по разработанной нами методике (рационализаторское предложение № 770), позволяющей в ранние сроки добиться очищения и заживления гнойной раны с менее выраженными косметическими и функциональными нарушениями.

При разлитых флегмонах челюстно-лицевой локализации, занимающих 2 и более клетчаточных пространств нами разработан способ дренирования и получено рационализаторское предложение за № 745, который позволяет снизить травматичность перевязок больного ребенка с разлитой флегмоной, экономить время хирурга и перевязочный материал, способствует сокращению срока стационарного лечения.

Установлено, что препарат рапин с первых часов применения оказывает свое положительное действие на гнойную рану. Отмечено, что у большинства детей основной группы улучшение общего состояния, аппетита, сна наступает уже на вторые сутки (у больных сравнимой группы – на 3 – 4 сутки лечения). Доказательством этому является сравнительно быстрое восстановление у больных основной группы таких показателей как количество лейкоцитов в периферической крови, СОЭ и ЛИИ, а также сроки нормализации температуры тела.

В местной картине заболевания отмечалось достоверное различие в течении раневого процесса у больных основной и сравниваемой групп (табл. 3).

Таблица 3

Динамика показателей местной клинической картины заболевания у детей сравниваемой и основной групп.

Показатель (сутки)	Сроки (сутки)			
	Сравниваемая группа		Основная группа	
	М	± m	М	± m
Рассасывание отека тканей	5,1	0,15	3,0	0,04 <sup>*)</sup>
Рассасывание воспалительного инфильтрата	8,4	0,20	4,5	0,07 <sup>*)</sup>
Прекращение гнойного отделяемого	7,7	0,27	3,6	0,08 <sup>*)</sup>
Появление грануляционной ткани	7,2	0,20	3,7	0,06 <sup>*)</sup>
Краевая эпителизация раны	8,9	0,19	4,7	0,08 <sup>*)</sup>
Сроки наложения вторичных швов	7,3	0,45	3,3	0,17 <sup>*)</sup>
Полное заживление раны	14	0,24	9,4	0,08 <sup>*)</sup>

<sup>\*)</sup> – различие результатов статистически достоверно по сравнению с показателями больных сравниваемой группы ( $P < 0,05$ ).

Анализ проведенных исследований показал, что цитологическая картина раневой поверхности в первые сутки после дренирования околочелюстных флегмон была одинакова у всех больных и характеризовалась обилием смешанной микрофлоры вокруг полиморфно-ядерных нейтрофилов, которые имели патологическую зернистость в цитоплазмах.

В последующем отмечалось абсолютное и достоверное различие цитологической картины в сравниваемой и основной группах на 4, 7 и 10 сутки исследования в пользу последней.

Главной особенностью раневого процесса при лечении гнойных ран препаратом рапин являлось более раннее заживление (рубцевание) раны, быстрое созревание фибробластов в грануляционной ткани, ускоренное образование коллагеновых волокон и менее выраженная воспалительная реакция.

Препарат рапин имея щелочную среду ( $pH = 8,23$ ) играет боль-

Так, при аденофлегмонах количество микробов составило  $6,6 \pm 1,0 \times 10^5$ /мл, а при одонтогенных флегмонах  $5,8 \pm 1,0 \times 10^6$ /мл (табл.2).

Таблица 2

Количественная характеристика микрофлоры очагов гнойной инфекции в динамике.

Нозологическая форма	Количество микроорганизмов (КОЕ/мл)					
	1- сутки		4 - сутки		7 - сутки	
	М	± m	М	± m	М	± m
Аденофлегмона	6,6	$1,0 \times 10^5$	1,6	$0,4 \times 10^5$	4,1	$1,0 \times 10^4$
Одонтогенная флегмона	5,8	$1,0 \times 10^6$ <sup>*)</sup>	1,1	$0,4 \times 10^6$ <sup>*)</sup>	1,7	$0,5 \times 10^5$ <sup>*)</sup>

<sup>\*)</sup> – различие результатов статистически достоверно по сравнению с показателями при аденофлегмоне ( $P < 0,05$ ).

Дренирование глубоких флегмон челюстно-лицевой локализации (поджевательного и крыловидно-нижнечелюстного пространств) проводилось по разработанной нами методике (рационализаторское предложение № 770), позволяющей в ранние сроки добиться очищения и заживления гнойной раны с менее выраженными косметическими и функциональными нарушениями.

При разлитых флегмонах челюстно-лицевой локализации, занимающих 2 и более клетчаточных пространств нами разработан способ дренирования и получено рационализаторское предложение за № 745, который позволяет снизить травматичность перевязок больного ребенка с разлитой флегмоной, экономить время хирурга и перевязочный материал, способствует сокращению срока стационарного лечения.

Установлено, что препарат рапин с первых часов применения оказывает свое положительное действие на гнойную рану. Отмечено, что у большинства детей основной группы улучшение общего состояния, аппетита, сна наступает уже на вторые сутки (у больных сравниваемой группы – на 3 – 4 сутки лечения). Доказательством этому является сравнительно быстрое восстановление у больных основной группы таких показателей как количество лейкоцитов в периферической крови, СОЭ и ЛИИ, а также сроки нормализации температуры тела.



В местной картине заболевания отмечалось достоверное различие в течении раневого процесса у больных основной и сравниваемой групп (табл. 3).

Таблица 3

Динамика показателей местной клинической картины заболевания у детей сравниваемой и основной групп.

Показатель (сутки)	Сроки (сутки)			
	Сравниваемая группа		Основная группа	
	М	± m	М	± m
Рассасывание отека тканей	5,1	0,15	3,0	0,04 <sup>*)</sup>
Рассасывание воспалительного инфильтрата	8,4	0,20	4,5	0,07 <sup>*)</sup>
Прекращение гнойного отделяемого	7,7	0,27	3,6	0,08 <sup>*)</sup>
Появление грануляционной ткани	7,2	0,20	3,7	0,06 <sup>*)</sup>
Краевая эпителизация раны	8,9	0,19	4,7	0,08 <sup>*)</sup>
Сроки наложения вторичных швов	7,3	0,45	3,3	0,17 <sup>*)</sup>
Полное заживление раны	14	0,24	9,4	0,08 <sup>*)</sup>

<sup>\*)</sup> – различие результатов статистически достоверно по сравнению с показателями больных сравниваемой группы ( $P < 0,05$ ).

Анализ проведенных исследований показал, что цитологическая картина раневой поверхности в первые сутки после дренирования окологлоточных флегмон была одинакова у всех больных и характеризовалась обилием смешанной микрофлоры вокруг полиморфно-ядерных нейтрофилов, которые имели патологическую зернистость в цитоплазмах.

В последующем отмечалось абсолютное и достоверное различие цитологической картины в сравниваемой и основной группах на 4, 7 и 10 сутки исследования в пользу последней.

Главной особенностью раневого процесса при лечении гнойных ран препаратом рапин являлось более раннее заживление (рубцевание) раны, быстрое созревание фибробластов в грануляционной ткани, ускоренное образование коллагеновых волокон и менее выраженная воспалительная реакция.

Препарат рапин имея щелочную среду ( $pH = 8,23$ ) играет боль-

шую роль в регуляции кислотности раневой среды, оказывая ощелачивающее действие на раневую среду и создавая неблагоприятные условия для жизнедеятельности и размножения микроорганизмов.

Установлено, что через одно сутки после хирургического вмешательства в очаге гнойной инфекции существенных изменений в количественном составе микрофлоры не происходит, их достоверное различие появляется, начиная с 4 суток послеоперационного лечения больных (табл. 4). В результате лечения больных рапином количество микробов в 1 мл смыва из гнойных ран снизилось ниже «критического уровня» уже на 3–5 сутки лечения, что позволяло ставить вопрос об оперативном закрытии гранулирующей раны.

Таблица 4

Количественная характеристика микрофлоры очагов гнойной инфекции в динамике

Группы	Количество микроорганизмов (КОЕ/мл)					
	1-сут.		4-сут.		7-сут.	
	М	± m	М	± m	М	± m
Сравниваемая	3,1	0,1x10 <sup>6</sup>	0,9	0,4x10 <sup>6</sup>	1,9	0,5x10 <sup>5</sup>
Основная	3,3	0,1x10 <sup>6</sup>	1,8	0,2x10 <sup>5*</sup>	1,7	0,4x10 <sup>4**</sup>

<sup>\*)</sup> – различие результатов статистически достоверно по сравнению с показателями в сравниваемой группе ( $P < 0,05$ ).

Анализ результатов морфометрических измерений показал, что после дренирования флегмон и до начала лечения площадь (S) раневой поверхности колеблется в пределах 2,08–4,74 см<sup>2</sup> при одонтогенных и 1,25–3,37 см<sup>2</sup> при аденофлегмонах, в среднем соответственно 3,44±0,06 см<sup>2</sup> и 2,47±0,08 см<sup>2</sup> ( $P < 0,05$ ). Сроки заживления гнойных ран у больных основной и сравниваемой групп существенно отличались в динамике (табл. 5).

Так, на 4 сутки исследования S раневой поверхности у больных сравниваемой группы уменьшилась на 25,7%, у больных основной группы – на 51,5%, что указывает на хорошие дегидротационные свойства рапина в фазе воспаления.

Таблица 5

Площадь раневой поверхности у больных основной и сравнимой групп в динамике

Группа больных	Площадь раны (см <sup>2</sup> )							
	1- сутки		4- сутки		8- сутки		12-сутки	
	М	± m	М	± m	М	± m	М	± m
Сравниваемая	3,11	0,09	2,31	0,09	1,61	0,06	0,85	0,05
Основная	2,91	0,06	1,41	0,03 <sup>*)</sup>	0,61	0,02 <sup>*)</sup>	0,24	0,01 <sup>*)</sup>

<sup>\*)</sup> – различие результатов статистически достоверно по сравнению с показателями сравниваемой группы ( $P < 0,05$ ).

Нами отмечено, что в период от 4 до 8 суток  $S$  раневой поверхности у больных сравниваемой группы уменьшается на 30,3%, а у больных основной группы почти в два раза (56,7%). На 12-е сутки размеры раны уменьшились на 47,2 и 60,6% соответственно. Этот факт указывает на то, что в промежуток времени от 4 до 12 суток в основной группе отмечается выраженная раневая контракция, обуславливающая сокращение поверхности раны, что способствует быстрому заживлению.

Скорость заживления раны в период 1–4 суток у больных сравниваемой группы была очень низкой (7,8%) по сравнению с показателями больных основной группы (16,3%). Также в периоды 4–8 и 8–12 суток отмечается достоверное различие СЗР в пользу больных основной группы.

Нами установлено, что суточное уменьшение площади раны с острыми гнойно-воспалительными заболеваниями челюстно-лицевой локализации в среднем составляет 7% при нормальном течении заживления.

Быстрота снижения и полное исчезновение СРБ у больных основной группы свидетельствует об эффективности проводимого лечения. Эти показатели согласуются со сроками клинического выздоровления больных (рис. 3).

шую роль в регуляции кислотности раневой среды, оказывая ощелачивающее действие на раневую среду и создавая неблагоприятные условия для жизнедеятельности и размножения микроорганизмов.

Установлено, что через одно сутки после хирургического вмешательства в очаге гнойной инфекции существенных изменений в количественном составе микрофлоры не происходит, их достоверное различие появляется, начиная с 4 суток послеоперационного лечения больных (табл. 4). В результате лечения больных рапином количество микробов в 1 мл смыва из гнойных ран снизилось ниже «критического уровня» уже на 3–5 сутки лечения, что позволяло ставить вопрос об оперативном закрытии гранулирующей раны.

Таблица 4

Количественная характеристика микрофлоры очагов гнойной инфекции в динамике

Группа больных	Площадь раны (см <sup>2</sup> )							
	1- сутки		4- сутки		8- сутки		12-сутки	
	М	± m	М	± m	М	± m	М	± m
Сравниваемая	3,11	0,09	2,31	0,09	1,61	0,06	0,85	0,05
Основная	2,91	0,06	1,41	0,03 <sup>*)</sup>	0,61	0,02 <sup>*)</sup>	0,24	0,01 <sup>*)</sup>

<sup>\*)</sup> – различие результатов статистически достоверно по сравнению с показателями в сравниваемой группе ( $P < 0,05$ ).

Анализ результатов морфометрических измерений показал, что после дренирования флегмон и до начала лечения площадь ( $S$ ) раневой поверхности колеблется в пределах 2,08–4,74 см<sup>2</sup> при одонтогенных и 1,25–3,37 см<sup>2</sup> при аденофлегмонах, в среднем соответственно 3,44±0,06 см<sup>2</sup> и 2,47±0,08 см<sup>2</sup> ( $P < 0,05$ ). Сроки заживления гнойных ран у больных основной и сравниваемой групп существенно отличались в динамике (табл. 5).

Так, на 4 сутки исследования  $S$  раневой поверхности у больных сравниваемой группы уменьшилась на 25,7%, у больных основной группы – на 51,5%, что указывает на хорошие дегидротационные свойства рапина в фазе воспаления.

**Таблица 5**  
Площадь раневой поверхности у больных основной и сравниваемой групп в динамике

Группа	Площадь раны (см <sup>2</sup> )								
	1- сутки		4- сутки		8- сутки		12-сутки		
	М	± m	М	± m	М	± m	М	± m	
Больных									
Сравниваемая	3,11	0,09	2,31	0,09	1,61	0,06	0,85	0,05	
Основная	2,91	0,06	1,41	0,03 <sup>*)</sup>	0,61	0,02 <sup>*)</sup>	0,24	0,01 <sup>*)</sup>	

<sup>\*)</sup> – различие результатов статистически достоверно по сравнению с показателями сравниваемой группы (P<0,05).

Нами отмечено, что в период от 4 до 8 суток S раневой поверхности у больных сравниваемой группы уменьшается на 30,3%, а у больных основной группы почти в два раза (56,7%). На 12-е сутки размеры раны уменьшились на 47,2 и 60,6% соответственно. Этот факт указывает на то, что в промежуток времени от 4 до 12 суток в основной группе отмечается выраженная раневая контракция, обуславливающая сокращение поверхности раны, что способствует быстрому заживлению.

Скорость заживления раны в период 1–4 суток у больных сравниваемой группы была очень низкой (7,8%) по сравнению с показателями больных основной группы (16,3%). Также в периоды 4–8 и 8–12 суток отмечается достоверное различие СЗР в пользу больных основной группы.

Нами установлено, что суточное уменьшение площади раны с острыми гнойно-воспалительными заболеваниями челюстно-лицевой локализации в среднем составляет 7% при нормальном течении заживления.

Быстрота снижения и полное исчезновение СРБ у больных основной группы свидетельствует об эффективности проводимого лечения. Эти показатели согласуются со сроками клинического выздоровления больных (рис. 3).



Рис. 3. Динамика изменения С-реактивного белка у больных сравниваемой и основной групп в процессе лечения

Таким образом, особенности детского организма и челюстно-лицевой области требуют особого подхода при лечении острых гнойно-воспалительных заболеваний. Комплексное лечение, включающее модифицированные способы хирургического дренирования и медикаментозную терапию гнойных ран с применением рапина, способствует ранней нормализации показателей общей реакции организма у детей, быстрому очищению раны от патогенной микрофлоры и раннему наступлению репаративных процессов с образованием хороших косметических результатов.

#### Выводы:

1. Среди острых гнойно-воспалительных заболеваний челюстно-лицевой локализации у детей неodontогенные аденофлегмоны составляют 56,9%, odontогенные аденофлегмоны – 5,2%, odontогенные флегмоны – 37,9%, которые в 89,1% случаев занимают одну и в 10,9% – две и более анатомические области лица. У 47,1% больных они протекают при удовлетворительном, у 40,8% – средней тяжести и у 12,1% тяжелом состоянии. Эти заболевания у 58,0% детей сопровождаются выраженной гипертермической реакцией, лейкоцитозом, сдвигом лейкоцитарной формулы влево и положительной реакцией на С – реактивный белок.

2. Разработанные нами модификации способов дренирования глубоких и разлитых флегмон челюстно-лицевой локализации у детей предупреждают прогрессирование процесса и улучшают течение гнойной раны.

3. Комплексное лечение детей с острыми гнойно-воспалительными заболеваниями челюстно-лицевой локализации с применением рапина нормализует показатели общей реакции организма в более ранние сроки: содержание лейкоцитов в крови – на 5, СОЭ – на 9, ЛИИ – на 5 и СРБ – на 7 сутки (в контрольной – на 9, 15, 9 и на 12 сутки соответственно), что объясняется быстрым очищением гнойной раны от микрофлоры и снижением интоксикации организма.

4. Клинико-микробиологическими исследованиями установлена длительность действия рапина в гнойной ране продолжительностью 8–10 часов, что дало основание его использования при ограниченных процессах 1–2 раза в сутки в обычной повязке, при разлитых с дополнительным применением экстрафокального диализа в сочетании с постоянно действующей адсорбирующей прокладкой.

5. Лечебно-профилактический эффект рапина в лечении детей с острыми гнойно-воспалительными заболеваниями челюстно-лицевой локализации обусловлен дегидратационным эффектом и ощелачивающим действием минеральных компонентов в фазе воспаления, оказывающих на микроорганизмы разрушающее действие и создающие неблагоприятные условия для их размножения. Во второй и третьей фазах течения гнойной раны, за счет высокоактивных микроэлементов, ускоряет обменные процессы, усиливает фибробластическую реакцию и репаративные процессы, что в конечном итоге ускоряет сроки заживления раны в 1,5 раза.

### Практические рекомендации

1. При планировании комплексного лечения детей с острыми гнойно-воспалительными заболеваниями челюстно-лицевой локализации рекомендуется:

- всестороннее клиническое обследование пациентов.
- обеспечение адекватного обезболивания для проведения полноценного дренирования очага гнойной инфекции.
- применение модифицированного способа дренирования очага гнойной инфекции по разработанному нами в клинике методике.
- до получения результатов микробиологического анализа больным следует назначать комбинированную антибиотикотерапию, отдавая при этом предпочтение антибиотикам широкого спектра дей-

ствия (оксациллин, линкомицин, гентамицин, кефзол, маңдол).

2. Дренирование флегмон поджечелюстного и крыловидно-нижнечелюстного пространств по нашей методике проводится следующим образом. Под соответствующим обезболиванием производится разрез со стороны кожных покровов в поднижнечелюстной области отступя от края нижней челюсти книзу на 1,5 – 2 см и параллельно ей. При этом надо стремиться к тому, чтобы середина разреза приходилась на передний край жевательной мышцы. Далее острым и тупым путем дренируется нужное анатомическое пространство без отсечения жевательных мышц. Последняя тупым путем отодвигается в дистальную сторону и в рану вводится перфорированная трубка, чтобы мышца при сокращении не закрывала дренажный канал. Затем устанавливается экстрафокальный катетер. Рана покрывается стерильной салфеткой и на нее по размеру раны накладывается адсорбирующая прокладка. Полученная «повязка» фиксируется лейкопластырем или марлевым бинтом.

При разлитых флегмонах челюстно-лицевой локализации, занимающих 2 и более клетчаточных пространств, дренирование осуществляется следующим образом. На завершающем этапе операции по дренированию флегмоны и созданию контрапертуры между ранами вводятся дренажные трубки с таким учетом, чтобы было адекватное дренирование. Затем на рану накладывается два слоя стерильных марлевых салфеток, а поверх их по размеру раны укладывается адсорбирующая прокладка. При этом верхние концы трубок выступают из под прокладки для проведения капельного диализа или струйного орошения раны. Нижние концы трубок находятся под прокладкой, через которые промывная жидкость и гнойный экссудат адсорбируются в прокладку. Все эти материалы фиксируются к голове большого бинтовой повязкой.

3. Методика местного применения рапина заключается в следующем. При флегмонах, занимающих клетчаточное пространство одной анатомической области, после дренирования гнойного очага и медикаментозной обработки, в полость гнойника рыхло вводится резиновая полоска с марлевым тампоном, смоченным с рапином, которые заменяются на новые через каждые 8 – 10 часов. На 2 – 3 сутки от начала лечения резиновая полоска удаляется, и рана в дальнейшем ведется с помощью повязки, пропитанной рапином, которая заменяется в течение дня 1 – 2 раза. Повязка сверху покрывается целлофановой пленкой и фиксируется к коже лейкопластырем, которая предотвращает высыхание повязки.

При локализации гноя в глубоких клетчаточных пространствах перевязки проводятся 2 – 3 раза в день с использованием трубчатых дренажей с применением экстрафокального диализа гнойных ран. В зависимости от тяжести течения воспалительного процесса диализ ран осуществляется в течение 1 – 3 суток раствором рапина. За одну процедуру диализа используется 50 – 100 мл препарата со скоростью 20 – 30 капель в минуту.

При разлитых гнилостно-некротических флегмонах капельный диализ проводится раствором рапина 2 – 3 раза в день в течение 3 – 5 суток с использованием адсорбирующей части от детских прокладок. На 5-6 сутки трубчатые дренажи сменяются на резиновые полоски, орошение раны рапином по показаниям продолжается.

Материалы диссертации изложены в следующих научных работах:

1. Новые средства, используемые для санации гнойной раны в челюстно-лицевой хирургии // Влияние факторов окружающей среды на организм: Сб. науч. трудов. – Бишкек, 1997. – С. 234 – 238 (соавт. Абдрахманов С. А.).

2. Способ очищения гнойных ран углерод-минеральным сорбентом СУМС-1 в комплексном лечении одонтогенных флегмон челюстно-лицевой области // Современные методы исследования и лечения в медицинской науке и практике и их дальнейшее развитие: Сб. науч. статей. – Бишкек, 1998. – С. 271–274 (соавт. Абдрахманов С. А.).

3. Антисептики в комплексном лечении больных с околочелюстными абсцессами и флегмонами // Актуальные вопросы физиологии, морфологии, экспериментальной и клинической патологии организма в климато-географических условиях Кыргызстана: Сб. науч. статей. – Бишкек, 1999. – С. 346 – 349 (соавт. Абдрахманов С. А.).

4. Способ активного дренирования глубоких флегмон челюстно-лицевой области // Роль науки в высшем образовании и актуальные проблемы практической медицины: Сб. науч. трудов. – Бишкек, 1999. – С. 364–370.

5. Оценка влияния различных лекарственных веществ на течение раневого процесса в челюстно-лицевой области // Роль науки в высшем образовании и актуальные проблемы практической медицины: Сб. науч. трудов. – Бишкек, 1999. – С. 370 – 376.

6. Показатели рН-метрии при гнойно-воспалительных заболеваниях мягких тканей челюстно-лицевой области у детей // Актуальные вопросы современной стоматологии и челюстно-лицевой хирур-

гии: Сб. науч. трудов. – Бишкек, 1999. – С. 132 – 137.

7. Способ очищения ран в комплексном лечении околочелюстных флегмон // Актуальные проблемы клинической медицины на современном этапе: Сб. науч. трудов. – Выпуск №2. – Бишкек, 2000. – С. 164 – 168 (соавт. Узакбаев К. А.).

8. Роль изменений клеточных элементов и показателей рН-среды в прогнозировании заживления гнойных ран челюстно-лицевой области при лечении препаратом Рапин // Актуальные проблемы клинической медицины на современном этапе: Сб. науч. трудов. – Выпуск № 2. – Бишкек, 2000. – С. 241 – 245 (соавт. Узакбаев К. А.).

9. Оптимизация стационарной лечебной помощи больным с заболеваниями челюстно-лицевой области // Актуальные проблемы клинической медицины на современном этапе: Сб. науч. трудов. – Выпуск № 2. – Бишкек, 2000. – С. 131–134 (соавт.: Мамырралиев А. Б., Орозобеков С. Б., Бигишиев М. П., Суеркулов Э. С.).

10. Влияние нового стоматологического лечебно-профилактического препарата Рапин на процесс санации гнойных ран в челюстно-лицевой области // Stomatologiya. – 1999. – № 2. – С. 37 – 40 (соавт.: Орозобеков С. Б., Громова З. З., Иманкулов Б. И.).

11. Медикаментозная терапия гнойных ран препаратом Рапин // Stomatologiya. – 2000. – № 2. – С. 90 – 92.

12. Изучение антимикробных и физико-химических свойств нового лечебно-профилактического средства природного происхождения Рапина / Материалы II (V) – съезда стоматологов Республики Казахстан // Проблемы стоматологии. – 2000. – № 4. – С. 59 – 60.

13. Рапин – отечественное лечебно-профилактическое стоматологическое средство // Наука и новые технологии. – 2000. – № 6. – С. 128 – 130 (соавт.: Иманкулов Б. И., Кендирбаева Дж. Ж., Султанбаева С. У., Амираев У. А., Жолуева П. Т.).

#### Рационализаторские предложения.

1) Способ дренирования гнойно-воспалительных флегмон челюстно-лицевой области (рационализаторское предложение № 745 от 4 ноября 1998 года).

2) Способ дренирования глубоких флегмон челюстно-лицевой области (рационализаторское предложение № 770 от 15 августа 1999 года).

У. А. Тыналиев

«Комплексное лечение острых гнойно-воспалительных заболеваний челюстно-лицевой локализации у детей с применением рапина»  
14. 00. 21 – Стоматология

Аннотация

В работе представлены результаты комплексного обследования и лечения 174 детей в возрасте от 2 месяцев до 15 лет с одонтогенными и неодонтогенными флегмонами челюстно-лицевой локализации.

Анализ клинического материала показал, что среди острых гнойно-воспалительных заболеваний челюстно-лицевой локализации у детей преобладают аденофлегмоны неодонтогенного происхождения – 56,9%. Одонтогенные флегмоны выявлены у 37,9% больных.

Установлено, что комплексное лечение детей с острыми гнойно-воспалительными заболеваниями челюстно-лицевой локализации с применением рапина нормализует показатели общей реакции организма в более ранние сроки: содержание лейкоцитов в крови – на 5, СОЭ – на 9, ЛИИ – на 5 и СРБ – на 7 сутки (в контрольной – на 9, 15, 9 и на 12 сутки соответственно), что объясняется быстрым очищением гнойной раны от микрофлоры и снижением интоксикации организма.

Установлено, что модифицированные способы дренирования глубоких и разлитых флегмон челюстно-лицевой локализации у детей предупреждают прогрессирование процесса и улучшают течение гнойной раны.

Установлено, что местное применение препарата рапин показано в любой фазе течения воспалительного процесса и лечебный эффект препарата обусловлен дегидратационным эффектом и ощелачивающим действием минеральных компонентов в фазе воспаления, оказывающих на микроорганизмы разрушающее действие и создающие неблагоприятные условия для их размножения. Препарат ускоряет обменные процессы, усиливает фибробластическую реакцию и репаративные процессы, что в конечном итоге ускоряет сроки заживления раны в 1,5 раза.

Одновременно даны рекомендации при планировании комплексного лечения детей с острыми гнойно-воспалительными заболеваниями челюстно-лицевой локализации.

U. A. Tynaliev

«Complex treatment of acute child's pyo-inflammatory diseases of maxillo-facial localization using rapin».  
14. 00. 21. – Stomatologiya

Resume

This work presents the results of complex research and treatment of 174 children in age from 2 months up to 15 years old, with odontogenous and nonodontogenous phlegmons of maxillo-facial localization. The analysis of clinical material shown the prevalence of adenophlegmons (56,9%) among acute pyo-inflammatory diseases of maxillo-facial localization. Odontogenous phlegmons were appeared in 37,9% of patients.

It was established, that complex treatment of children with acute pyo-inflammatory diseases maxillo-facial localization using rapin normalized clinical data of general reaction organism on early time: content of leukocyte on the blood- on the 5-th, ESR – on the 9-th, LII- on the 5-th, CRB on the 7-th days (in the control group the same clinical data were on 9, 15, 9 and on the 12 days accordingly). This results can be explained with fast cleaning of purulent wound from bacteria and reduce of intoxication of organism.

It was established, that modification methods to draining profound and overflow phlegmon of child's maxillofacial localization prevents progressing of process and improve purulent wound healing.

It was established, that local application of rapin preparation are recommended on any phase of inflammation process. Therapeutic effect of rapin caused by dehydration and alkalinity effect of its mineral components in inflammatory phase. This components also acts damaging effects and makes unfavorable conditions for there reproduction of microorganisms. Rapin accelerates metabolic process, increasing fibroblastic reaction and reparation process, what, in finally, results acceleration of infection wound in 1,5 time.

On the same time research presents recommendations of planning of complex treatment of acute child's pyo-inflammatory diseases of maxillo-facial localization.

**У. А. Тыналиев**

**«Балдардын жаак-бет менен чектелген курч  
ириндеп — сезгентүүчү ооруларын рапинди колдонуу  
менен комплекстүү дарылоо»  
14. 00. 21.— Стоматология**

**Аннотация**

Бул эмгекте жаак-бет менен чектелген одонтогендүү жана одонтогендүү эмес флегмондору бар 2 айдан 15 жашка чейинки 174 баланы комплекстүү изилдөөнүн жана дарылоонун жыйынтыктары берилген.

Клиникалык материалдын анализи балдардын жаак-бет менен чектелген курч ириндеп-сезгентүүчү ооруларынын арасында одонтогендүү эмес тектеги аденофлегмондор басымдуулук кылаарын (56,9%) көрсөттү, одонтогендүү флегмондор оорулуулардын 37,9 % ында.

Жаак-бет менен чектелген курч ириндеп-сезгентүүчү оорулары бар балдарды рапинди колдонуу менен дарылоо организмдин жалпы реакциясынын көрсөткүчтөрүн эртерээк мөөнөттөрдө нормага келтирет, бул ириндеген жаранын микрофлорадан тазаланышы жана интоксикациянын төмөндөшү менен түшүндүрүлөт.

Балдардын терең жана жайылган жаак-бет менен чектелген флегмондорун агызып чыгаруунун модификацияланган ыкмалары процесстин күчөшүнүн алдын-алаары жана ириң жаранын өтүшүн жакшыртаары аныкталган.

Рапин препараттын жергиликтүү колдонуу сезгентүүчү процесстин кайсы гана фазасында болбосун ылайыктуу жана препараттын дарылоо эффекти микроорганизмдерге кыйратуучу таасир беришкен жана алардын көбөйүшү үчүн жагымсыз шарттарды түзүшкөн дегидратациялык эффект жана сезгентүүчү фазада минералдык компоненттерди щелочтоо таасири менен шартталган. Препарат алмашуу процесстерин тездетет, фибробластикалык реакциянын жана репаративдик процесстерди күчөтөт, ал жыйынтыгында жаранын айыгышын 1,5 эсеге тездетет.

Ошону менен бир эле учурда жаак-бет менен чектелген курч ириндеп-сезгентүүчү оорулары бар балдарды комплекстүү дарылоону пландаштырууда рекомендациялар берилген.