



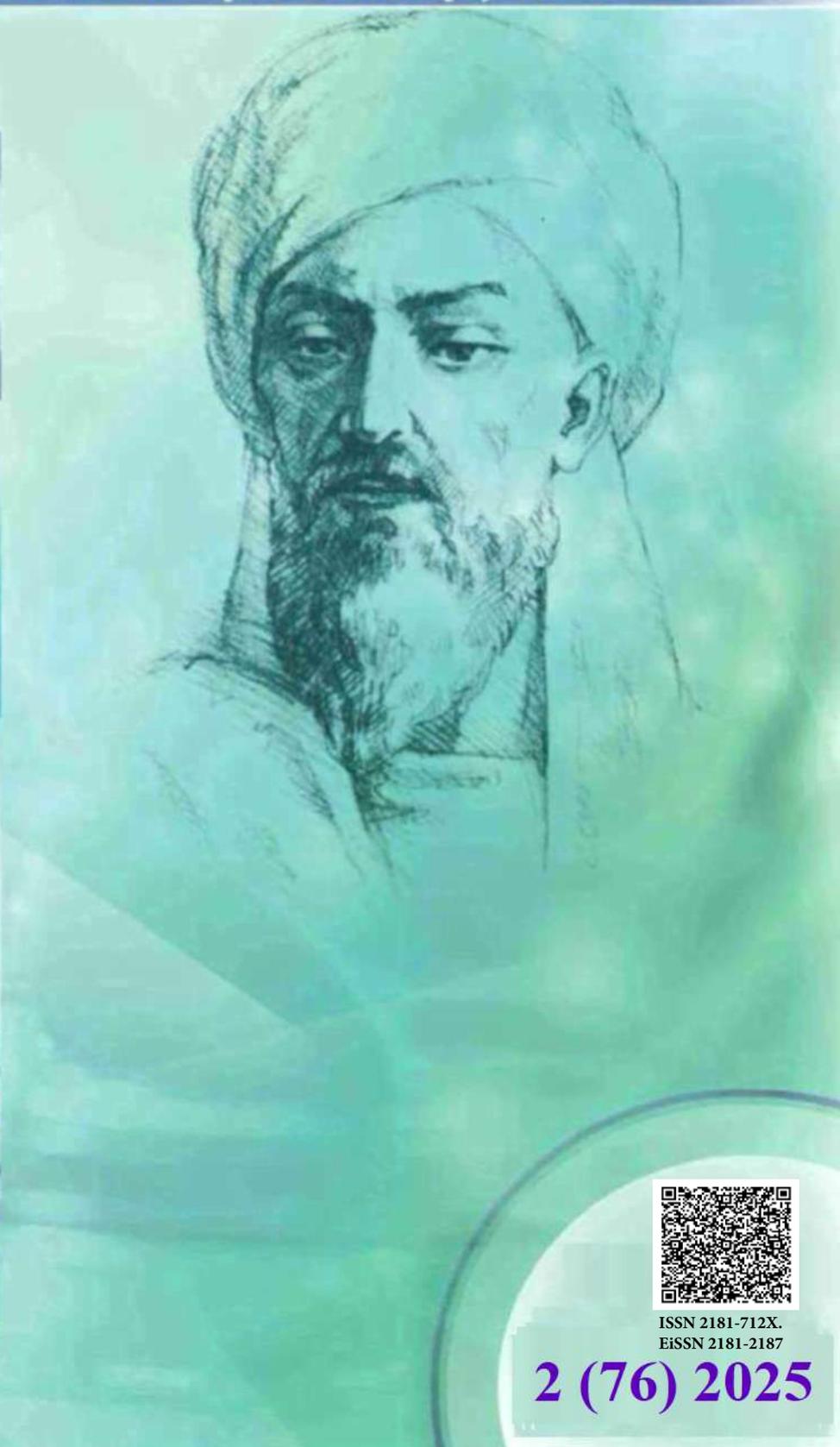
New Day in Medicine
Новый День в Медицине

NDM



TIBBIYOTDA YANGI KUN

Ilmiy referativ, marifiy-ma'naviy jurnal



AVICENNA-MED.UZ



ISSN 2181-712X.
EiSSN 2181-2187

2 (76) 2025

**Сопредседатели редакционной
коллегии:**

**Ш. Ж. ТЕШАЕВ,
А. Ш. РЕВИШВИЛИ**

Ред. коллегия:

М.И. АБДУЛЛАЕВ
А.А. АБДУМАЖИДОВ
Р.Б. АБДУЛЛАЕВ
Л.М. АБДУЛЛАЕВА
А.Ш. АБДУМАЖИДОВ
М.А. АБДУЛЛАЕВА
Х.А. АБДУМАДЖИДОВ
Б.З. АБДУСАМАТОВ
М.М. АКБАРОВ
Х.А. АКИЛОВ
М.М. АЛИЕВ
С.Ж. АМИНОВ
Ш.Э. АМОНОВ
Ш.М. АХМЕДОВ
Ю.М. АХМЕДОВ
С.М. АХМЕДОВА
Т.А. АСКАРОВ
М.А. АРТИКОВА
Ж.Б. БЕКНАЗАРОВ (главный редактор)
Е.А. БЕРДИЕВ
Б.Т. БУЗРУКОВ
Р.К. ДАДАБАЕВА
М.Н. ДАМИНОВА
К.А. ДЕХКОНОВ
Э.С. ДЖУМАБАЕВ
А.А. ДЖАЛИЛОВ
Н.Н. ЗОЛотова
А.Ш. ИНОЯТОВ
С. ИНДАМИНОВ
А.И. ИСКАНДАРОВ
А.С. ИЛЬЯСОВ
Э.Э. КОБИЛОВ
А.М. МАННАНОВ
Д.М. МУСАЕВА
Т.С. МУСАЕВ
М.Р. МИРЗОЕВА
Ф.Г. НАЗИРОВ
Н.А. НУРАЛИЕВА
Ф.С. ОРИПОВ
Б.Т. РАХИМОВ
Х.А. РАСУЛОВ
Ш.И. РУЗИЕВ
С.А. РУЗИБОВЕВ
С.А.ГАФФОРОВ
С.Т. ШАТМАНОВ (Кыргызстан)
Ж.Б. САТТАРОВ
Б.Б. САФОВЕВ (отв. редактор)
И.А. САТИВАЛДИЕВА
Ш.Т. САЛИМОВ
Д.И. ТУКСАНОВА
М.М. ТАДЖИЕВ
А.Ж. ХАМРАЕВ
Д.А. ХАСАНОВА
А.М. ШАМСИЕВ
А.К. ШАДМАНОВ
Н.Ж. ЭРМАТОВ
Б.Б. ЕРГАШЕВ
Н.Ш. ЕРГАШЕВ
И.Р. ЮЛДАШЕВ
Д.Х. ЮЛДАШЕВА
А.С. ЮСУПОВ
Ш.Ш. ЯРИКУЛОВ
М.Ш. ХАКИМОВ
Д.О. ИВАНОВ (Россия)
К.А. ЕГЕЗАРЯН (Россия)
DONG JINCHENG (Китай)
КУЗАКОВ В.Е. (Россия)
Я. МЕЙЕРНИК (Словакия)
В.А. МИТИШ (Россия)
В.И. ПРИМАКОВ (Беларусь)
О.В. ПЕШИКОВ (Россия)
А.А. ПОТАПОВ (Россия)
А.А. ТЕПЛОВ (Россия)
Т.Ш. ШАРМАНОВ (Казахстан)
А.А. ЩЕГОЛОВ (Россия)
С.Н. ГУСЕЙНОВА (Азербайджан)
Prof. Dr. KURBANHAN MUSLUMOV (Azerbaijan)
Prof. Dr. DENIZ UYAK (Germany)

**ТИББИЁТДА ЯНГИ КУН
НОВЫЙ ДЕНЬ В МЕДИЦИНЕ
NEW DAY IN MEDICINE**

*Илмий-рефератив, маънавий-маърифий журнал
Научно-реферативный,
духовно-просветительский журнал*

УЧРЕДИТЕЛИ:

**БУХАРСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ
МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ
ООО «ТИББИЁТДА ЯНГИ КУН»**

Национальный медицинский
исследовательский центр хирургии имени
А.В. Вишневского является генеральным
научно-практическим
консультантом редакции

Журнал был включен в список журнальных
изданий, рецензируемых Высшей
Аттестационной Комиссией
Республики Узбекистан
(Протокол № 201/03 от 30.12.2013 г.)

РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ:

М.М. АБДУРАХМАНОВ (Бухара)
Г.Ж. ЖАРЫЛКАСЫНОВА (Бухара)
А.Ш. ИНОЯТОВ (Ташкент)
Г.А. ИХТИЁРОВА (Бухара)
Ш.И. КАРИМОВ (Ташкент)
У.К. КАЮМОВ (Тошкент)
Ш.И. НАВРУЗОВА (Бухара)
А.А. НОСИРОВ (Ташкент)
А.Р. ОБЛОКУЛОВ (Бухара)
Б.Т. ОДИЛОВА (Ташкент)
Ш.Т. УРАКОВ (Бухара)

2 (76)

2025

февраль

www.bsmi.uz

https://newdaymedicine.com E:

ndmuz@mail.ru

Тел: +99890 8061882

Received: 20.01.2025, Accepted: 03.02.2025, Published: 10.02.2025

УДК 616-002.36-089

КОМПЛЕКСНОЕ ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМИ ОДОНТОГЕННЫМИ ГНОЙНЫМИ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ЧЕЛЮСТНО – ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ

Раззаков Киямиддин Раззакович E-mail: razzakov.kiyomitdin@bsmi.uz

Бухарский государственный медицинский институт имени Абу Али ибн Сины, Узбекистан,
г. Бухара, ул. А. Навои. 1 Тел: +998 (65) 223-00-50 e-mail: info@bsmi.uz

✓ Резюме

В статье показан пример комплексного лечения острых гнойных воспалительных заболеваний (ОГВЗ) челюстно-лицевой области (ЧЛО) с помощью комбинированного антибактериального средства – азитромицина и клавулановой кислоты. Антибактериальный комбинированный средства широкого спектра действия – азитромицин и клавулановая кислота эффективны в отношении многих аэробных и анаэробных микроорганизмов, поэтому может с успехом применяться челюстно-лицевыми хирургами в практике лечения острых гнойных воспалительных заболеваний своей области.

Ключевые слова: восстановление, челюстно-лицевая область, микрофлора, антибиотикотерапия

COMPREHENSIVE TREATMENT OF PATIENTS WITH ACUTE ODONTOGENIC PURULENT INFLAMMATORY DISEASES OF THE MAXILLOFACIAL REGION

Kiyomiddin Razzakovich Razzakov E-mail: razzakov.kiyomitdin@bsmi.uz

Bukhara State Medical Institute named after Abu Ali ibn Sina, Uzbekistan, Bukhara,
st. A. Navoi. 1 Tel: +998 (65) 223-00-50 e-mail: info@bsmi.uz

✓ Resume

This article presents an example of the complex treatment of acute purulent-inflammatory diseases of the maxillofacial region using an antibacterial drug - amoxicillin and clavulanic acid. A broad-spectrum antibacterial combination drug, azitromitsina and clavulanic acid, is effective against many aerobic and anaerobic microorganisms, therefore it can be successfully used in the treatment of acute purulent-inflammatory diseases of the maxillofacial region.

Key words: inflammation, maxillofacial area, microflora, antibacterial therapy.

ЮЗ – ЖАҒ СОҲАСИ ЎТКИР ОДОНТОГЕН ЙИРИНГЛИ ЯЛЛИҒЛАНИШ КАСАЛЛИКЛАРИ БИЛАН КАСАЛЛАНГАН БЕМОРЛАРНИ КОМПЛЕКС ДАВОЛАШ ИСУЛЛАРИ

Раззаков Қиёмиддин Раззакович E-mail: razzakov.kiyomitdin@bsmi.uz

Абу али ибн Сино номидаги Бухоро давлат тиббиёт институти Ўзбекистон, Бухоро ш.,
А.Навоий кўчаси. 1 Тел: +998 (65) 223-00-50 e-mail: info@bsmi.uz

✓ Резюме

Мақолада ўткир йирингли яллиғланиш касалликларни тизимли антибактериал препарат – амоксициллин ва клавулон кислотаси ёрмамида комплекс даволашнинг масаласи қўрсатилган. Кенг таъсир доирали комбинирланган антибактериал воситалар – азитромицин ва клавулон кислотаси қўп сонли аэроб ва анаэроб микроорганизмларга юқори таъсир этганлиги сабабли, уни муваффақият билан юз – жағ соҳасидаги ўткир йирингли яллиғланиш касалликларни даволашда қўллаш мумкин.

Калит сўзлар: яллиғланиш, юз-жағ соҳаси, микрофлора, антибиотико-терапия

Актуальность

Войно-воспалительные заболевания челюстно-лицевой области являются одной из наиболее частых причин обращения пациентов за оказанием специализированной медицинской помощи. Тенденция к увеличению числа пациентов данной категории отмечается с 60–70-х годов прошлого столетия. Несмотря на активный поиск патогенетически обоснованных методов профилактики и лечения одонтогенной инфекции, а также широкое внедрение их в практику, по-прежнему отмечается негативная тенденция в клинической симптоматике течения острых одонтогенных процессов. Констатируется значительный рост вялотекущих атипичных форм заболеваний, отмечается увеличение числа осложнений (Е.В. Фомичев, 2003; А.В. Сидорук, 2004; Т.Г. Робустова, 2006; С.В. Тарасенко, 2008; А.Ι. Mylonas, 2007). В настоящее время данные об иммунном статусе организма у больных пожилого возраста при гнойно-воспалительных заболеваниях челюстно-лицевой области достаточно разрозненны и противоречивы. У значительной части больных с острым гнойно-воспалительным заболеванием лица и шеи чаще всего имеется выраженный вторичный иммунодефицит (Земсков А.М., 2011; Шиханян Н.Н. и соавт., 2014; Dodson T.V., 2005; Agarwall A.K., 2007).

В силу этого в план комплексного лечения больных с гнойно-воспалительными заболеваниями челюстно-лицевой области при явлениях вторичной иммунной недостаточности следует назначать иммуномодулирующие препараты (Фасхутдинов Д.К., 2010; Ярилин А.А., 2010; Хаитов Р.М., 2011; Иванюшко Т.П. и соавт., 2014). Гнойно-воспалительные заболевания челюстно-лицевой области и шеи не потеряли своей научно-практической значимости и остаются одной из ведущих проблем челюстно-лицевой хирургии. Это объясняется достаточно высокой (до 50 %) частотой ГВЗ в структуре хирургической стоматологической заболеваемости, не имеющей тенденции к снижению, несмотря на разработку новых методов борьбы с гнойной инфекцией, увеличением тяжести течения и распространенности воспалительного процесса, изменениями в их клиническом проявлении и возрастанием числа жизнеопасных осложнений, приводящих в особо тяжелых случаях к летальному исходу (Робустова Т.Г. с соавт., 1995; Вернадский Ю.И., 1998, 2000; Шаргородский А.Г., 2002; Прохватилов Г.И. с соавт., 2003; Козлов В.А., 2006 и др.). Многие вопросы этиологии и патогенеза, профилактики и лечения ГВЗ ЧЛЮ до настоящего времени остаются недостаточно решенными, что объясняет постоянный интерес и внимание к ним исследователей (Ушаков Р.В., Царев В.Н., 1997; Тарасенко С.В., 2002 и др.).

В последние годы отмечено, что широкое и подчас нерациональное применение антибиотиков при лечении острых ГВЗ ЧЛЮ привело к изменению качественного состава микрофлоры (Ушаков Р.В., Царев В.Н., 1995; Агапов В.С., Шулаков В.В., 1999).

Одним из путей повышения эффективности лечения стало совершенствование способов доставки антибиотиков к месту гнойно-септического очага (Григорчук Ю.Ф., Лобода Г.П., 2002). В настоящее время в клинической практике ЧЛХ широко применяются внутримышечный и внутривенный способы введения антибиотиков. Реже используются внутриартериальный, эндолимфатический и лимфотропный способы антибиотикотерапии. Это объясняется отсутствием в отечественной и зарубежной литературе четких показаний к их применению. В литературе также отсутствуют данные о сочетанном применении упомянутых способов введения антибиотиков в зависимости от формы, тяжести и локализации ГВЗ ЧЛЮ и шеи. Не освещены возможные недостатки и осложнения при применении регионарной антибиотикотерапии.

В последнее время в гнойной хирургии проблема оценки тяжести состояния пациентов с помощью количественных показателей стала весьма актуальной. Объективизация тяжести состояния больных при госпитализации позволяет не только осуществлять раннюю диагностику тяжелого и осложненного течения заболевания, но и прогнозировать развитие процесса, а также обоснованно выбирать и оценивать эффективность проводимой терапии.

Особое внимание клиницистов и исследователей привлекают распространенные гнойные процессы мягких тканей челюстно-лицевой области как наиболее часто приводящих к развитию осложнений, представляющих серьезную опасность для жизни больных. Диагностика и лечение одонтогенных флегмон – основная проблема в клинике челюстно-лицевой хирургии - [3]. За последние годы число больных с данной патологией неуклонно увеличивается.

Цель настоящего исследования: Изучение клинической характеристики острых одонтогенных воспалительных процессов в челюстно-лицевой области при применении

антибактериальных средств цефтриаксон и комбинированного антибактериального препарата широкого спектра действия – азитромицина.

Работа не имела специального финансирования. Явных и потенциальных конфликтов интересов, связанных с публикацией настоящей статьи среди авторов нет.

Материал и методы

Мы обследовали 78 больных с острыми одонтогенными воспалительными процессами челюстно-лицевой области (ОГВП ЧЛО), лечившихся в отделении челюстно-лицевой хирургии Бухарского областного многопрофильного медицинского центра. Возраст больных составил 17-58 лет, находившихся на стационарном лечении по поводу ОГВП ЧЛО, из них мужчин было 43, а женщин - 35.

При поступлении всех больных в стационар подробное клиническое обследование дополнялось иммунологическим и рентгенологическим исследованиями, если предполагалась одонтогенная этиология заболевания. Выполнялись ортопантограмма, обзорная рентгенограмма в боковых и прямой проекциях, панорамная или прицельная внутриротовая рентгенограмма, КТ-исследование. Это позволило во многих случаях изменить диагноз, поставленный пациентам до направления в отделение челюстно-лицевой хирургии Бухарского областного многопрофильного медицинского центра. При внешних признаках воспалительного процесса только в мягких тканях, нередко выявлялись изменения в костной ткани, свидетельствующие об остите, хроническом остеомиелите, нагноившейся кисте и т.д.

После поступления в стационар всем пациентам проводится детальное клиническое обследование, дополняемое иммунологическими и рентгенологическими исследованиями при подозрении на одонтогенную причину заболевания. Были выполнены ортопантограмма, обзорные рентгенограммы в поперечной и прямой проекциях, панорамные или прицельные внутриротовые рентгенограммы, а также КТ-исследования. Это позволяет во многих случаях изменить диагноз пациента до направления пациента в стационар. Поскольку внешние признаки воспалительного процесса возникают только в мягких тканях, часто проявляются изменения в костной ткани, указывающие на остит, хронический остеомиелит, гнойные кисты и др.

Все пациенты с воспалительными заболеваниями челюстно-лицевой области поступали в клинику в экстренном порядке. После установления диагноза им было назначено комплексное лечение, которое начиналось в первые часы госпитализации. Хирургическое лечение включало в себя несколько этапов: широкое вскрытие гнойного очага и всех карманов и затёков. По возможности полное удаление некротизированных тканей. Эффективное дренирование гнойного очага с целью создания оптимальных условий для оттока экссудата.

В качестве неотложных мероприятий проводили хирургическое дренирование: удаление зуба, являющегося источником инфекции, внутриротовые и внеротовые разрезы околочелюстных мягких тканей при абсцессах и флегмонах, остеоперфорацию и внутрикостное промывание воспалительного очага при одонтогенном остеомиелите, удаление секвестров при хроническом остеомиелите.

Больные были разделены на две группы: контрольную и основную. В контрольную группу вошли 21 пациент, которые лечились традиционным способом: хирургическое вмешательство, затем внутримышечное введение антибиотика цефтриаксон по 1 грамму три раза в сутки каждые 8 часов, а также витаминотерапия для общего укрепления организма и профилактики дисбактериоза и частые полоскания полости рта антисептическими растворами.

Пациентам основной группы (57 человек) на вторые сутки после операции, помимо традиционного лечения, был назначен комбинированный антибактериальный средства широкого спектра действия – азитромицин 500 мг в таблетках. Его принимали по 1 таблетке 1 раз в день за 1 час до еды или через 2 часа после. Запивают достаточным количеством воды.

В таблице 1 представлены данные о видах микроорганизмов, на которые комбинированный антибактериальный препарат широкого спектра действия, содержащий азитромицин, в составе которого содержится действующее вещество, вспомогательные компоненты: магния стеарат, повидон, крахмал, натрия лаурилсульфат, эти компоненты оказывают бактерицидное действие.

Таблица 1.

Типы бета-лактамаз и их чувствительность к ингибированию азитромицином

№	Тип бета-лактамаз	Микроорганизм	Ингибирование азитромицином
1	Перенос на плазидах	Escherichia coli Pseudomonas aeruginosa Haemophilus influenzae Klebsiella pneumoniae Staphylococcus aureus	+ + + + +
2	Перенос на хромосомах: пенициллиназы	Proteus mirabilis	+
3	Перенос на хромосомах: цефалоспорины	Pseudomonas aeruginosa Enterobacter cloacae Morganella morganii Bacteroides fragilis	- - - +
4	Перенос на хромосомах: широкий спектр	Klebsiella pneumoniae Branhamella catarrhalis	+ +

Ранее проведённые исследования и опыт лечения пациентов с острыми гнойными воспалительными заболеваниями (ОГВЗ) челюстно-лицевой области (ЧЛО) позволили выявить штаммы микроорганизмов, которые устойчивы к цефтриаксону. После изучения действия этого препарата было принято решение изменить антибактериальное средство в составе комплексного лечения ОГВЗ ЧЛО, чтобы достичь более высоких клинических и лабораторных показателей. Азитромицин эффективен в отношении грамположительных и грамотрицательных микроорганизмов, хламидии, уреаплазмы, спирохеты микобактерии, некоторых анаэробных бактерий. Результаты этих исследований представлены в таблице 2.

Работа не имела специального финансирования. Явных и потенциальных конфликтов интересов, связанных с публикацией настоящей статьи среди авторов нет.

Таблица 2

Эффективность азитромицина и клавулановой кислоты (Кламокс) в отношении штаммов микроорганизмов раневого содержимого

№	Тип бета-лактамаз	Микроорганизм Азитромицин	Ингибирование + клавулановой кислотой
1	Staphylococcus aureus	256	1
2	S.epidermidis	256	2,0
3	S.aureus (MRSA)	256	16,0
4	Haemophilus influenzae	64	0,5
5	Branhamella catarrhalis	16	0,25
6	Neisseria gonorrhoeae	128	1,0
7	Escherichia coli	> 256	8,0
8	Klebsiella pneumoniae	128	4,0
9	Proteus mirabilis	> 256	4,0
10	Proteus vulgaris	> 256	2,0
11	Bacteroides fragilis	32	0,5
12	Pseudomonas aeruginosa, Enterobacter, Citrobacter, Serratia	> 128	> 128

Результат и обсуждение

В ходе анализа данных, собранных у пациентов с острыми одонтогенными воспалительными заболеваниями челюстно-лицевой области, были выявлены как локальные, так и общие признаки, которые характеризуют течение патологического состояния организма.

Степень общей реакции организма напрямую зависела от масштабов и характера местного гнойного процесса. Во всех случаях клиническая картина различных вариантов течения острых одонтогенных

воспалительных заболеваний сопровождалась общей воспалительной реакцией и интоксикацией. Среди основных проявлений отмечались: резкий подъем температуры тела, диффузная головная боль, выраженная общая слабость, нарушение аппетита и диссомния, воспалительные изменения в крови, такие как лейкоцитоз со сдвигом влево и высокая скорость оседания эритроцитов (СОЭ).

При поступлении у пациентов наблюдались следующие основные симптомы: покраснение мягких тканей в зоне воспаления, отёк, флюктуация (наличие жидкости в тканях), резкая болезненность окружающих мягких тканей, затруднение при пережёвывании пищи. У многих пациентов также отмечалась воспалительная контрактура полости рта и боль при глотании.

В ходе исследований было выявлено, что у 97,5% пациентов основной группы (57 человек), которые лечились с использованием современных методов, уже к концу первых суток после начала лечения наблюдалось значительное уменьшение болевого синдрома, гноетделения из раны, а также гиперемии и отёка мягких тканей в области воспаления.

В контрольной группе (21 человек), где применялись традиционные методы лечения, у 85% пациентов указанные симптомы исчезали, в среднем, на $3,1 \pm 1,05$ суток позже, чем в основной группе. При этом 15% пациентов потребовалось ещё на $4,0 \pm 1,3$ суток больше времени для устранения этих клинических проявлений.

Таблица 3.

Результаты анализа отдельных клинических показателей у пациентов основной и контрольной групп

Отдельные показатели	Основная группа (57 пац)	Контрольная группа (21пац)	P
Значительное уменьшение отёка	$5 \pm 0,10$	$8,1 \pm 0,30$	$P < 0,001$
Прекращение гноетделения из раны	$4,9 \pm 0,12$	$7,1 \pm 0,37$	$P < 0,001$
Нормализация температуры тела	$4,8 \pm 0,15$	$8,0 \pm 0,61$	$P < 0,001$
Значительное улучшение самочувствия	$5,1 \pm 0,34$	$9,0 \pm 0,47$	$P < 0,001$
Длительность пребывания в стационаре	$12,2 \pm 0,45$	$16,2 \pm 0,41$	$P < 0,001$

Заключение

В результате проведенного исследования было выявлено, что комплексное лечение острых одонтогенных воспалительных заболеваний челюстно-лицевой области с использованием комбинированного антибактериального препарата широкого спектра действия азитромицина, имеет ряд преимуществ перед антибактериальными препаратами цефалоспоринового ряда. Одним из главных преимуществ является пероральный прием препарата, тогда как цефтриаксон вводится в виде внутримышечных или внутривенных инъекций, частота приема антибиотика (1 раз в сутки, тогда как цефтриаксон назначается минимум 2 раза), быстрый регресс как общих, так и местных симптомов воспаления, что способствует сокращению сроков временной нетрудоспособности пациентов и их пребывания в стационаре.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Кабанова А.А. Комплексное лечение одонтогенных флегмон челюстно-лицевой области с использованием антиоксидантов /Автореферат 2012; 1-27 стр.
2. Сербин А.С. Эффективность комплексного лечения одонтогенных флегмон челюстно-лицевой области у больных пожилого возраста с применением полиоксидония //Диссертация 2014; 1-149 стр.
3. Ковшов В.В. Оптимизация антибактериальной терапии острых гнойно-воспалительных заболеваний челюстно-лицевой области и шеи /Автореферат 2006; 1-32 стр.
4. Ушаков Р.В., Царев В.Н., 1997; Тарасенко С.В., 2002 и др. Оптимизация антибактериальной терапии острых гнойно-воспалительных заболеваний челюстно-лицевой области и шеи //Диссертация 2002; 127 с. РГБ ОД.
5. Губин М.А. Современные особенности лечения гнойных заболеваний лица и шеи / М.А. Губин, О.В. Лазутиков, Б.В. Лунев //Стоматология 1998;5:15-18.
6. Рахимов З.К., Махмудов Ж.К., Пулатова Ш.К. Эффективность комплексного лечения острых одонтогенных воспалительных заболеваний челюстно – лицевой области //Стоматология 2020;3:15-18.

Поступила 20.01.2025