

**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ КЫРГЫЗСКОЙ РЕСПУБЛИКИ
НАЦИОНАЛЬНЫЙ ХИРУРГИЧЕСКИЙ ЦЕНТР**

Диссертационный Совет Д.14.10.415

На правах рукописи

УДК:616.716.8:617.52.]-002.3-089

БАКИЕВ БАХТИЯР АБДУЛЛАЕВИЧ

**СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ ГНОЙНО-
ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ПРОЦЕССОВ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ
ОБЛАСТИ И ШЕИ**

14.01.17 – Хирургия

Автореферат

диссертации на соискание ученой степени

доктора медицинских наук

Бишкек – 2011

Работа выполнена в Кыргызской государственной медицинской академии им. И.К. Ахунбаева и Национальном госпитале при Министерстве здравоохранения Кыргызской Республики.

Научный консультант:

доктор медицинских наук, профессор

Бектуров Жапар Турсуналиевич

Официальные оппоненты:

доктор медицинских наук, профессор
Ниязов Батырхан Сабитович

доктор медицинских наук, профессор
Кенжаев Махамаджан Гуламович

доктор медицинских наук
Ашимов Жамалбек Исабекович

Ведущая организация:

Казахский национальный медицинский университет им. С.Д.Асфендиярова
(050012 г. Алматы, ул. Толе-би, 88)

Защита состоится «_____» _____ 2011г. в _____ часов на заседании диссертационного совета Д.14.10.415 при Национальном хирургическом центре Министерства здравоохранения Кыргызской Республики по адресу (720044, г. Бишкек, ул. Ишембая Абдраимова, д. 25).

С диссертацией можно ознакомиться в библиотеке Национального хирургического центра Министерства здравоохранения Кыргызской Республики (720044, г. Бишкек, ул. Ишембая Абдраимова, д. 25).

Автореферат разослан «_____» _____ 2011 г.

**Ученый секретарь
диссертационного совета,
доктор медицинских наук, профессор**

А.А. Сопуев

ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАБОТЫ

Актуальность. Лечение гнойных ран и раневой инфекции всегда занимало ведущее место в хирургической практике, что объясняется возрастанием частоты возникновения инфекционно-воспалительных процессов, увеличением числа случаев тяжелых форм гнойной инфекции, нередко приводящих к летальному исходу (В.К. Гостищев, 1997; М.М. Мамакеев и соавт., 2004; В.А. Козлов, 2006; M. Nagy et al., 1997; H. Kabiri et al., 1999). Несмотря на постоянное совершенствование техники оперативного лечения гнойных ран (ГР), успехи современной антибиотикотерапии, физических и других методов санации очагов гнойной инфекции их результаты нельзя признать вполне успешными (М.И. Кузин, Б.М. Костюченко, 1990; К.В. Липатов и соавт., 2001; С.С. Mayhall, 1993; V. Vossiv et al., 2000 и др.).

Актуальной остается проблема гнойной инфекции в челюстно-лицевой хирургии (ЧЛХ), как раздела общей хирургии (А.А. Тимофеев, 2004). Установлено, что больные с гнойно-воспалительными заболеваниями (ГВЗ) лица и челюстей составляют 47,1-61,7 % коечного фонда челюстно-лицевых стационаров (А.Г. Шаргородский, 2002).

На сегодня не уменьшается удельный вес пациентов с тяжелыми формами ГВЗ челюстно-лицевой области (ЧЛО), осложненные сепсисом, медиастинитом, тромбозом кавернозного синуса и другими заболеваниями, которые нередко заканчиваются летальным исходом, в среднем от 0,3% до 0,5% случаев (М.А. Губин, 1996; В.А. Насыров и соавт., 1996; В.И. Карандашов, 1998; Б.К. Ургуналиев, 2008; H. Barthels et al., 1994).

В последние годы на первый план выступает условно-патогенная микрофлора как основной возбудитель гнойно-воспалительных процессов (ГВП) ЧЛО и шеи. Они же составляют 85% всех внутрибольничных инфекций (ВБИ), попадающих в открытую рану при традиционном лечении ГВП ЧЛО, что значительно затрудняет подбор адекватных средств в клинике (В.С. Агапов и соавт., 2002; Г.А. Фейгин, 2004; A. Bridgman et al., 1995; M.H. Groserode, R.F. Wenzel, 1999). Сложности, связанные с лечением ГВП, обусловлены также постоянной тенденцией роста антибиотикорезистентных микроорганизмов; изменением видового состава микрофлоры с увеличением ассоциаций и иммунного статуса больных (В.Н. Царев, А.В. Куракин, 1992; В.В. Хазанова и соавт., 1994; И.А. Ерюхин, 1998; Y. Yoshida, 1999).

Основным принципом в лечении ГР является комплексный подход и его первым этапом является хирургической, который создает оптимальные условия для адекватного дренирования очага гнойной

инфекции (М.М. Мамакеев и соавт., 1998; М.М. Соловьев и соавт., 2009; I. Kolkin et al., 1995).

Несмотря на эффективность открытого метода лечения ГР, в большинстве случаев он имеет ряд недостатков, основными из которых является увеличение продолжительности лечения, трудность подбора адекватных медикаментозных средства, а длительное существование обширных ран с резорбцией продуктов патологического метаболизма в ГР, нередко приводит к эндотоксемии и прогрессированию ГВП (М.С. Любарский и соавт., 1995; А.Э. Уразаева, 2003; В.М. Haraden, F.L. Zwemer, 1997). С учетом существующих недостатков пассивного ведения ран были усовершенствованы методики для разработки способов активного дренирования ГР и устройства для сближения и разведения краев раны (Ю.Н. Юсупов и соавт., 2000; Н.Н. Бажанов, 2002; С.Г. Измайлов и соавт., 2004; Ching-Tsan Huang, R.S. Stewart, 1999). Однако большинство предложенных современных методов лечения ран требуют значительных материальных затрат, недоступны для большинства стационаров. К тому же, введение в рану современных дорогостоящих антисептиков, антибиотиков, ферментов оказывают местнораздражающее действие и не позволяют добиться желаемого результата вследствие инактивации их раневым субстратом.

Патогенетически обоснованным является широкое внедрение в клиническую практику методов эндолимфатической и сорбционной терапии (Ю.М. Левин и соавт., 1987; Б.А. Акматов и соавт., 1996; Ю.И. Бородин и соавт., 1996; Л.Н. Рачковская, 1996; А.М. Мадаминов, 2002; Р.Б. Асылбашев, А.И. Мусаев, 2005; D.U. Folsom et al., 1992; A. Kakigi, T. Takeda, 1998).

Актуальными остаются вопросы оптимизации местного лечения ГР по фазам раневого процесса, с учетом которого применяемые медикаментозные средства должны обладать многонаправленным действием (В.И. Стручков и соавт., 1991; А.А. Сопуев, 1998; В.А. Бурмистров и соавт., 2007; I. Sondi, Salopek-Sondi, 2004; I.V. Tuzovskaya et al., 2007).

Следовательно, поиск новых, более эффективных и относительно доступных многокомпонентных повязок и способов для местного лечения ГР является актуальной задачей гнойной челюстно-лицевой хирургии.

Это определило актуальность изучаемой темы и явилось основанием для выполнения данного исследования.

Связь темы диссертации с научными программами. Настоящее исследование выполнялось в рамках государственного заказа на научно-исследовательскую работу МОН КР на тему: «Разработка способов эффективного лечения больных с гнойно-

воспалительными процессами челюстно-лицевой области и шеи путем использования дифференцированной программы активного хирургического лечения и комплексной послеоперационной терапии» (Государственная регистрация №0004825).

Цель исследования. Разработка и внедрение в клиническую практику методов активного хирургического дренирования гнойных ран челюстно-лицевой области и шеи в условиях их раннего и отсроченного закрытия с использованием современных антисептиков и непрямой эндолимфатической антибиотикотерапии.

Задачи исследования:

1. Определить частоту и тяжесть течения гнойно-воспалительных заболеваний челюстно-лицевой области и шеи;

2. Изучить динамику клинико-лабораторных показателей у больных с гнойно-воспалительными заболеваниями челюстно-лицевой области и шеи;

3. Определить эффективность лечения больных с гнойно-воспалительными заболеваниями челюстно-лицевой области и шеи с применением традиционных методов терапии;

4. Изучить в эксперименте влияние нового антисептика комплексона на микрофлору гнойных ран;

5. Выявить в эксперименте действие современных антисептиков комплексона, озонированного раствора, многокомпонентной биоповязки на течение раневого процесса при гнойных ранах в условиях закрытого активного дренирования;

6. Определить влияние антисептика комплексона, озонированного раствора и непрямой эндолимфатической антибиотикотерапии на заживление гнойной раны челюстно-лицевой области и шеи при различных способах ее ведения в условиях активного дренирования;

7. Изучить сочетанное действие современных антисептиков многокомпонентной биоповязки, комплексона, озонированного раствора и непрямой эндолимфатической антибиотикотерапии на заживление гнойной раны челюстно-лицевой области и шеи при различных способах ведения в условиях активного дренирования.

Научная новизна исследования. Впервые получено и обосновано для клинического использования новое бактерицидное средство антисептик комплексон для местного медикаментозного лечения гнойной раны (Патент КР №1164 от 30.06.09г. «Бактерицидное средство для лечения гнойных ран»). Экспериментальными и клиническими исследованиями доказаны ее высокое бактерицидное полимикробное свойство, отсутствие аллергической реакции и отсутствие развития резистентных штаммов микроорганизмов. Определены оптимальные концентрации (20мг/л, 10мг/л) комплексона,

обеспечивающие бактерицидный эффект при лечении гнойной раны.

Впервые разработан, обоснован в эксперименте и внедрен в клиническую практику оригинальный и доступный способ временного закрытия гнойной раны моноупругой проволокой с зацепными крючками на эластической тяге (Патент КР № 1162 от 30.06.09г. «Способ лечения гнойных ран»). Способ позволяет осуществить динамический контроль за ходом раневого процесса путем раскрытия раны и ее санации. Доказана возможность замыкания краев раны в конце I или вначале II фазы течения гнойной раны.

Разработан и обоснован сочетанный способ местного активного хирургического дренирования гнойной раны проточным или аспирационно-проточным методом с использованием антисептика комплексона, озонированного раствора, многокомпонентной биоповязки и непрямой эндолимфатической антибиотикотерапии с учетом фаз течения гнойной раны с ранним или отсроченным ее закрытием. Метод способствует быстрой санации патологического очага, появлению грануляций и эпителизации (на $3,74 \pm 0,17$ сутки, в контроле $5,12 \pm 0,32$ сутки, ($p < 0,05$)). Последующее закрытие гнойной раны на крючки эластической тягой предотвращает контаминацию ВБИ путем создания абактериальной среды, предотвращает образование грубых деформирующих рубцов на лице и шее, сокращает сроки лечения (на $12,4 \pm 0,12$ сутки, в контроле $13,8 \pm 0,16$ сутки $p < 0,05$).

Доказаны достоверные преимущества комплексного применения инновационных технологий в сочетании с непрямой эндолимфатической антибиотикотерапией, выражающееся в более быстром очищении ран и появлении грануляций $4,13 \pm 0,15$ и $3,92 \pm 0,21$ суток, в контроле $6,18 \pm 0,12$ и $4,92 \pm 0,67$ суток, $P < 0,05$, ранней эпителизации $3,92 \pm 0,27$ суток, в контроле $5,12 \pm 0,32$, что существенно отражалось на качестве стационарного лечения - заживление раны достигнуто у 82,1% больных, в контроле 42,4%.

Разработан и внедрен «Алгоритм ведения гнойной раны с учетом фазы течения и использованием современных технологий», который позволяет по показаниям применить как традиционное, так и закрытое ведение раны с постоянным динамическим контролем, обеспечивает эффективную санацию патологического очага с достоверным уменьшением сроков стационарного лечения в основной группе $11,26 \pm 0,12$, в контроле - $12,35 \pm 0,39$ суток ($p < 0,05$). При этом процент ран заживших в стационаре основной группы – 82,08%, в контроле 42,45%. Что свидетельствует о более благоприятном течении раневого процесса и сокращении сроков лечения больных с ГВП ЧЛЮ и шеи в 1,2 - 1,4 раза.

Практическая значимость полученных результатов.

Применение антисептика комплексона обеспечивает бактерицидный эффект, что способствует значительно быстрой санации раны (в основной группе - $4,13 \pm 0,15$ суток, в сравниваемой - $6,18 \pm 0,12$ суток, $P < 0,05$).

Лечение гнойных ран в условиях раннего или отсроченного закрытия на крючки и эластическую тягу позволяет осуществлять динамический контроль путем раскрытия и санации раны, предотвращают контаминацию ВБИ и образование деформирующих рубцов.

Дифференцированная методика лечения гнойных ран челюстно-лицевой области и шеи путем активного хирургического дренирования и местной медикаментозной терапии (комплексон, многокомпонентная биоповязка, озонированный раствор, непрямая эндолимфатическая антибиотикотерапия) способствует быстрому очищению ран, появлению грануляций и эпителизации, что позволяет закрыть рану на крючки с эластической тягой и существенно улучшают конечные результаты лечения (основная группа - $12,4 \pm 0,12$ сутки, сравниваемая - $13,8 \pm 0,16$ сутки, $P < 0,05$).

Сочетанная аппликационно-сорбционная и непрямая эндолимфатическая антибиотикотерапия является доступным, рациональным и эффективным методом санации гнойного очага на основе лимфодетоксикации – лимфодренажа, что существенно улучшает результаты лечения при разлитых и глубоких патологических процессах.

Экономическая значимость полученных результатов включает возможность получения медико-социальной эффективности при использовании разработанных методов лечения гнойных ран за счет сокращения сроков лечения в 1,2-1,4 раза и уменьшения осложнений (на 45%).

Основные положения, выносимые на защиту:

1. Разнообразие форм гнойно-воспалительных заболеваний в челюстно-лицевой области и шеи и особенности их течения требуют дифференцированного подхода при проведении комплекса лечебных мероприятий общего и местного характера.

2. Нами впервые разработан антисептик комплексон, в состав которого включены ионизированный раствор серебра (ИРС) и димексид (ДМСО). Механизм действия комплексона обусловлен в связывании и разрушении белковых соединений патогенных микроорганизмов ионами серебра, доступ к которым активируется мембранотропными свойствами димексида, который к тому же сам обладает противовоспалительным и обезболивающим действием. Доказана высокая эффективность комплексона в отношении

микрофлоры гнойных ран ЧЛО (чувствительная – 91,5%, устойчивая – 8,5%).

3. Дифференцированная методика комплексного лечения гнойно-воспалительных процессов челюстно-лицевой области и шеи, включающий активное хирургическое дренирование, местное медикаментозное воздействие антисептиком комплексом, многокомпонентной биоповязкой, озонированным раствором в сочетании с непрямой эндолимфатической антибиотикотерапией способствует быстрой санации гнойного очага, снижает бактериальную обсемененность ($10^{3,1\pm 0,06}$ КОЕ/мл, против $10^{5,4\pm 0,03}$ КОЕ/мл), стимулирует появление грануляций и эпителизации (в основной группе - $3,92\pm 0,21$ и $3,92\pm 0,27$; в контроле - $4,92\pm 0,67$ и $5,12\pm 0,32$ суток, $P < 0,05$).

4. Закрытое лечение гнойных ран на 2-й фазе течения раневого процесса с динамическим контролем путем раскрытия и санации очага, предотвращает контаминацию ВБИ (8,5% вторичного инфицирования, в контроле 82,08%) и образование деформирующих рубцов, исключает повторное вмешательство по наложению отсроченных или вторичных швов. В конечном итоге улучшается функциональный, косметический результат и сокращаются сроки лечения (в основной группе - $11,26\pm 0,12$ сутки, в контроле - $13,8\pm 0,16$ сутки, $P < 0,05$).

Личный вклад соискателя. Личное участие соискателя охватывает аналитическую обработку литературных источников, клинико-статистические и дополнительные методы исследования, экспериментальное моделирование гнойной раны, разработку и применение инновационных способов лечения.

Апробация результатов диссертации. Материалы диссертации доложены: на Республиканской научно-практической конференции «Актуальные вопросы стоматологии на современном этапе» (Бишкек, 2002); 1 - Съезде стоматологов КР и Международной конференции «Перспективы развития общей стоматологии в КР и странах Центральной Азии» (Бишкек, 2003); 1- Международном конгрессе дентальных имплантологов, челюстно-лицевых хирургов и стоматологов Кыргызстана «Проблемы и перспективы развития дентальной имплантологии, челюстно-лицевой хирургии и стоматологии в КР» (Бишкек, 2004); 2-3 Съезде оториноларингологов КР (Бишкек, 2004, 2009); Республиканской научно-практической конференции «Актуальные вопросы оториноларингологии» (Жалалабат, 2006); 3-4-5-6-7 Конгрессе Стоматологической Ассоциации КР «Стоматология Кыргызстана» (Бишкек, 2006, 2007, 2008, 2009, 2010), конференции «Проблемы современной парадонтологии» (Бишкек, 2008); 7 – Международном научном форуме «Стоматология Казахстана-

2008» (Алматы, 2008); «Ахунбаевских чтениях», (Бишкек, 2009); совместном заседании кафедр хирургического и стоматологического профиля КГМА им.И.К.Ахунбаева и КРСУ (Бишкек, 2011); заседании Ассоциации хирургических обществ КР (Бишкек, 2011); заседании сотрудников НЦО МЗ КР и Международной высшей школы медицины МУК, заседании экспертной комиссии диссертационного совета Д. 14. 10. 415 при НХЦ МЗ КР (Бишкек, 2011).

Внедрение результатов исследования. Дифференцированные методы комплексного лечения гнойно-воспалительных процессов челюстно-лицевой области и шеи с применением современных антисептиков и инновационных технологий внедрены в отделениях челюстно-лицевой хирургии НГ и ООКБ (г.г. Бишкек, Ош) МЗ КР, в хирургическом отделении ГКБ №1 (г. Бишкек). Основные положения диссертации используются на практических занятиях и лекциях кафедры хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии КГМА им. Ахунбаева, кафедры хирургической стоматологии с курсом стоматологии детского возраста ОшГУ и кафедры хирургической стоматологии КРСУ.

Опубликованность результатов исследования:

По теме диссертации опубликовано 40 научных статей, 6 методических пособий и разработок, 1 монография. Получено 3 патента КР на изобретение (№1162 от 30.06.09г., 1164 от 30.06.09г., №1282 от 30.09.2010г.), 6 рационализаторских предложения (№444 20.03.1987г., № 445 от 27.04.1987г., № 505 от 15.12.1988г., №558 от 19.12.1990г., №56/06, №56/07 от 15.12.2006). Выданное БРИЗ КГМИ.

Структура и объем диссертации:

Работа состоит из введения, главы обзора литературы и четырех глав собственных исследований, заключения, выводов и практических рекомендаций, изложенных на 229 страницах электронного набора шрифтом, Кириллица (размер 14, интервал 1,5). Диссертация иллюстрирована 43 таблицами и 56 рисунками. Библиографический указатель включает 339 источников, из них 118 авторов дальнего зарубежья.

СОДЕРЖАНИЕ РАБОТЫ

Во введении обоснована актуальность темы исследования, представлены цели и задачи исследования, изложена научная новизна, практическая значимость и основные положения диссертации, выносимые на защиту.

В главе I «Современное состояние вопроса лечения острых гнойно-воспалительных заболеваний челюстно-лицевой области и шеи» представлен критический обзор научной литературы по

рассматриваемой проблеме, который позволил обосновать актуальность изучения данной проблемы.

Глава 2 «Материал и методы исследования».

Для выполнения поставленных задач был произведен анализ клинического материала – 1404 больных, в том числе 742 больных исследуемой группы за три года (2007-2009) и архивных данных - 662 больных за 2005-2006гг. с ГВЗ челюстно-лицевой области и шеи. В зависимости от первичного очага гнойной инфекции выделяли две основные группы ГВЗ: 1) одонтогенные и 2) неодонтогенные, с последующим уточнением по нозологическим формам в соответствии с анатомо-клинической классификацией (А.Г. Шаргородский, 2002; М.М. Соловьев, О.П. Большаков, 2003). В день госпитализации всем больным с острыми ГВЗ ЧЛЮ и шеи оказывалась хирургическая помощь по неотложным показаниям и в полном объеме. По показаниям удалялись очаги одонтогенной инфекции путем удаления зуба, явившегося источником инфекции в 547 случаях или консервативного лечения этих зубов у 89 больных, осуществлялись внутри - и внеротовые разрезы окологлазничных мягких тканей. В зависимости от ведения больных в послеоперационном периоде они были распределены на две группы: 1) сравниваемая, где обработка гнойной раны осуществлялась общепринятыми методами (гипертонический раствор, фурацилин, перекись водорода, мазь левомеколь); 2) основная, где для местного лечения гнойной раны использовались новые средства и способы активного лечения: комплексон, озонированный раствор (ОЗР), многокомпонентная биоповязка (МКБП) на основе углеродминерального сорбента СУМС-1, раннее и отсроченное закрытое ведение ГР, регионарная непрягая лимфотропная антибиотикотерапия (РНЛАТ) (табл. 1).

Таблица 1. - Распределение больных с гнойно-воспалительными заболеваниями челюстно-лицевой области и шеи по методам лечения

Группа	Нозологическая форма		Всего
	одонтогенная	неодонтогенная	
Сравниваемая	252	172	424
Основная	194	124	318
Итого	446	296	742

При общеклиническом обследовании больных оценивались жалобы, анамнез болезни и жизни, общее состояние больного, данные объективного осмотра, пальпации, температуры тела и раны, результаты анализа крови, прогнозирования течения ГВЗ, при необходимости осуществляли рентгеноскопию органов грудной

клетки и рентгенографию челюстей. Кроме того, применялись: исследование кислотно-щелочного состояния, микробиологические, иммунологические, цитологические, морфологические, планиметрические исследования. В результате устанавливались локализация воспалительного процесса, степень выраженности ГВП, характер течения.

Статистическая обработка материала проводилась путем вычисления относительных показателей и средних величин, достоверность которых доказана вычислением критерия Стьюдента.

Экспериментальная часть работы была проведена на 85 лабораторных беспородных крысах (табл. 2), формирование раны проводили под общим эфирным наркозом и лечение животных начинали на 5 сутки после моделирования гнойной раны (Чернух А.М., 1979). Работа с животными велась в соответствии с положением 6-Европейской конвенции по защите позвоночных животных, используемых для научных целей (ETS 1236 1986).

Таблица 2. - Распределение животных по срокам исследования

Животные	Сроки исследования, количество животных			
	3 сут.	5 сут.	7 сут.	14 сут.
Интактный контроль	5			
1-я группа - «спонтанное заживление»	5	5	5	5
2-я группа - «традиционное лечение»	5	5	5	5
3-я группа – проточный диализ ОЗР, комплексон	5	5	5	5
4-я группа – МКБП: СУМС-1, ОЗР, комплексон, метронидазол, гентамицин, лидаза	5	5	5	5

В 3-й и 4-й группах, после ревизии содержимого гнойной раны, обработки антисептиками и введения перфорированного трубчатого дренажа, закрытие раны проводили предложенным нами «Способом лечения гнойных ран» (Патент КР на изобретение №1162 от 30.06.2009г.).

Оценка состояния гнойной раны проводилась на 3, 5, 7, 14 сутки после нанесения травмы и проведения курса лечения, микробиологическими, морфологическими, клиническими методами исследования.

В главе 3 «Результаты экспериментальных исследований по обоснованию применения инновационных технологий в лечении

гнойных ран» дано обоснование применения для местного лечения ГР комплексона в составе ионизированного раствора серебра (ИРС 2%) и диметилсульфоксида (ДМСО 50%). Установлено, что у комплексона высокая бактерицидная активность наблюдается у цельного раствора и в разведении 1:2-1:8 до 7 суток при t^0 20⁰С. Свыше 7 суток при всех сроках хранения наблюдался рост колоний *Pseudomonas aeruginosa*. Сохранялась бактерицидная активность комплексона в разведении 1:16 до 7 суток хранения против *St. aureus* и *E. coli*. Положительные результаты бактериологического исследования (in vitro) позволили продолжить дальнейшее изучение бактерицидной активности ИРС и его комплексона в эксперименте (in vivo).

Приведены результаты традиционного и дифференцированного лечения экспериментальных гнояных ран в условиях закрытого ведения раны. Микробиологическими исследованиями установлено, что раневое отделяемое 1-2 групп крыс на 5 и 7 сутки обсеменена ассоциацией микроорганизмов и на 15 сутки после заражения ассоциация частично сохраняется. Тогда как, в раневом отделяемом 3-4 группы опытных моделей крыс уже на 7 сутки после заражения выделяется монокультура, снижается обсемененность ниже критического уровня (10^2 и 6×10^1 КОЕ/мл).

Морфологическими исследованиями установлено, что при традиционном лечении к 15-м суткам регенераторные процессы не обеспечивают полной и совершенной репарации. В 3-4 группах к 15 суткам лечения обнаруживается сформированный соединительнотканый рубец. Преобладание в грануляционной ткани фибробластов при лечении ран приходится на 7 сутки в 3-й и 4-й группах, в контроле к 15 суткам (табл. 3).

Таблица 3. - Процентное содержание фибробластов в раневом отделяемом крыс при экспериментальной гнояной ране и на фоне лечения ($M \pm m$)

ГРУППА	Сроки исследования (в сутках)			
	3	5	7	15
Спонтанное	1,4±0,65	1,3± 0,13	1,37±0,23	2,85±0,77

заживление				
Традиционное лечение	2,6±0,65	2,8±1,2	2,18±0,49	5,5±0,70
Проточный диализ ОЗР, комплексон	3,4± 0,92*	4,01±0,81*	6,14±0,79*	14,4±3,08*
Проточный диализ, ОЗР, комплексон, МКБП	3,8±0,75*	4,5±0,74*	6,9±0,17*	12,8±2,61*

Примечание: * - при $p \leq 0,05$ в сравнении с группой нелеченного контроля.

При цитологическом исследовании отмечено уменьшение дегенеративно-измененных форм нейтрофильных гранулоцитов и усиление макрофагальной реакции, что говорит о положительном воздействии предлагаемых нами методов лечения гнойных ран в 3-4 группах.

Планиметрическими исследованиями на 14 сутки установлено, что в 1-й группе полного закрытия ГР не произошло, во 2-й - рана закрыта на 90% от исходной, в 3-4 группах площади ран существенно уменьшаются и к концу эксперимента раны полностью закрыты (табл.4).

Таблица 4.- Динамика изменений площади ран (мм^2) при заживлении экспериментальной гнойной раны ($M \pm m$).

Группы	Сроки эксперимента (сутки)				
	1	3	5	7	14
Спонтанное заживление	117,4±9,3	98,5±10,7	72,7±8,1	58,6±7,2	25,2±2,7
Традиционное лечение	117,4±9,3	91,7±8,3	65,3±4,2	46,8±5,1	17,3±1,4
Проточный диализ ОЗР, комплексон,	117,4±9,3	76,4±7,5	46,9±3,2	37,3±4,7	-
Проточный диализ, ОЗР, комплексон, МКБП	117,4±9,3	66,9±5,1	42,6±3,1	21,8±4,1	-

Примечание: * - результаты статистически достоверно отличаются от сравниваемого показателя ($P < 0,05$).

При оценке кислотно-щелочного состояния раневого отделяемого (рН-метрия) в 3-4 группах не наблюдалось состояния субкомпенсированного и декомпенсированного вторичного ацидоза. Реакция была щелочная (табл.5).

Таблица 5. - Показатели кислотности раневого отделяемого при заживлении экспериментальной гнойной раны ($M \pm m$)

Группы	Сроки эксперимента (сутки)				
	2	3	5	7	14
Спонтанное заживление	5,3±0,1	5,5±0,1	5,7±0,1	6,6±0,2	7,2±0,1
Традиционное лечение	5,4±0,1	5,7±0,1	5,7±0,1	6,1±0,1	7,3±0,1
Проточный диализ ОЗР, комплексон,	6,1±0,1	6,4±0,1	6,9±0,1	7,3±0,1	7,5±0,1
Проточный диализ, ОЗР, комплексон, МКБП	6,6±0,1	6,9±0,1	6,9±0,1	7,3±0,1	7,4±0,1

Примечание: * - результаты статистически достоверно отличаются от сравниваемого показателя ($P < 0,05$).

Термометрическое исследование на 7 день показало достоверное уменьшение воспалительной реакции в 3-4 группах - разница температур составила $1,3 - 2,6C^0$ по сравнению с контролем ($P < 0,05$).

Таким образом, результаты экспериментальных исследований показали высокую эффективность комплексного применения современных антисептиков и инновационных способов местного лечения ГР.

Глава 4 «Клиническое течение острых гнойно-воспалительных заболеваний челюстно-лицевой области и шеи» посвящена классификации и распределению больных по нозологическим формам. Основываясь на современных представлениях, анализ клинического материала проводили согласно классификации воспалительных заболеваний ЧЛЮ и шеи [Шаргородский А.Г. и соавт., 2002; Соловьев М.М. и Большаков О.П., 2003]..

Среди острых ГВП ЧЛЮ и шеи ГВЗ одонтогенного происхождения наблюдалось у 46,1% больных. Преимущественно были городские жители (59,5%), из сельской местности поступили в клинику 40,5% пациента. Наблюдается незначительное превалирование лиц мужского пола 54,8%, женщины составили –45,2% случаев.

Больные с одонтогенными абсцессами и флегмонами чаще встречались в возрасте от 20 до 50 лет (62,2%), что связано с высокой поражаемостью постоянных моляров кариесом и его осложнениями (72,8%), патологией прорезывания зубов и заболеваниями парадонта. Эти данные указывают на крайне неблагоприятную обстановку в отношении профилактики кариеса зубов среди населения Кыргызской Республики. Частота фурункулов и карбункулов по отношению ко всем ГВЗ составила 33,6% больных, что объясняется частыми простудными заболеваниями, гормональной перестройкой, выдавливанием угрей. В

подавляющем большинстве случаев – (82,6%), фурункулы и карбункулы были диагностированы у лиц молодого и среднего возраста до 40 лет.

Большинство больных (71,6%) с ГВЗ госпитализировались в клинику в поздние сроки. Так, на 4-6 сутки от начала болезни в клинику обратились 52,0%, в сроки 7 и более суток - 19,6% больных (табл.6).

Таблица 6. - Распределение больных с гнойно-воспалительными заболеваниями челюстно-лицевой области и шеи в зависимости от сроков госпитализации

Нозологическая форма	Сроки госпитализации (сутки)						Всего	
	1 -3		4-6		7 и более			
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Одонтогенная ГВЗ	204	4,5	352	25,1	122	8,7	678	48,3
Неодонтогенная ГВЗ	195	3,9	378	26,9	153	10,9	726	51,7
Итого	399	8,4	730	52,0	275	19,6	1404	100

Следует отметить, что около половины (48,6%) больных до госпитализации лечились в условиях поликлиники, 51,4% лечились «домашними средствами», что явилось одной из причин позднего обращения за медицинской помощью.

При обследовании больных исследуемой группы выявлено наличие сопутствующих заболеваний в 16,4% случаях.

Особенности клинического течения ГВЗ ЧЛЮ и шеи складывалась из симптомов, характеризующих первичный очаг воспаления и совокупности симптомов характерных для воспалительного процесса данной анатомической области или пространства. В подавляющем большинстве случаев флегмоны занимали одну анатомическую область (92,6%), реже два и более (7,4%). Наиболее частой локализацией поверхностных флегмон являлась область поднижнечелюстного треугольника - одонтогенных (48,8%) и неодонтогенных – (19,6%), а глубокие флегмоны крыловидно-нижнечелюстного пространства были исключительно одонтогенного происхождения (6,8%).

Следовательно, наблюдается коррелятивная связь между одонтогенным источником ГВП и топографической локализацией флегмонозного процесса.

Разлитые гнилостно-некротические флегмоны с тяжелым клиническим течением заболевания встречались у 5,6% и в большинстве случаев среди лиц из сельской местности 4,3%. Наиболее

частая локализация таких прогрессирующих флегмон – дно полости рта и околоушно-жевательная область.

Для поверхностных флегмон был характерен диффузный болезненный инфильтрат, покрытый напряженной гиперемизированной кожей, не собирающейся в складку. В окружности инфильтрата имелся резко выраженный коллатеральный отек, из-за которого невозможно определить границу флегмонозного процесса, в отличие от абсцесса.

При глубоких абсцессах и флегмонах коллатеральный отек и инфильтрация тканей менее выражены. Гиперемия кожных покровов почти не отмечалась. Флегмоны, располагающиеся в области жевательных мышц, вызывали выраженную контрактуру нижней челюсти, нарушая акт жевания.

Фурункулы и карбункулы ЧЛЮ выявлены у 472 больных и почти одинаково часто встречались у мужчин (248) и женщин (224).

В день госпитализации у 77,1% больных общее состояние расценено как удовлетворительное, у 17,6% - средней тяжести; у 5,3% - как тяжелое. В целом более чем у половины (56,4%) больных с одонтогенными и неодонтогенными ГВЗ зарегистрировано повышение температуры тела от 37,1 до 38,0 градусов. У 34,8% больных с ГВЗ процесс протекал при относительно нормальном содержании лейкоцитов, а у 5,6% - при низком. 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.

Для острых ГВЗ ЧЛЮ и шеи было характерно развитие нейтрофильного лейкоцитоза с регенераторным сдвигом и увеличение (ЛИИ).

Микробиологическими исследованиями у 524 больных ГВЗ ЧЛЮ и шеи выделено 234 культуры условно-патогенных микроорганизмов (УПМ), из них 73,7% - грамположительные, 26% – грамотрицательные. Среди грамположительных микроорганизмов преобладали стафилококки (58,6%), большинство составляли *Staphylococcus epidermidis* (18,8%). На долю *Streptococcus* пришлось 15,4%, грамотрицательные бактерии явились причиной гнойных процессов в 26% случаев. В 95,4% случаях высевалась аэробная флора и только в 4,6% случаях микробиологический посев в аэробных условиях был стерильным. Основные группы УПМ продемонстрировали устойчивость к одному или нескольким противомикробным препаратам.

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 неodontогенная флегмонах количество микробов составило $6,6 \pm 1,0 \times 10^5$ /мл а при одонтогенных флегмонах $5,8 \pm 1,0 < 10^5$ /мл (табл.7). Среди микроорганизмов, явившихся возбудителями острых гнойно-воспалительных заболеваний в 95,4% случаях высевалась аэробная флора и только в 4,6% случаях микробиологический посев был стерильным.

Таблица 7. - 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	$\pm m$
Неodontогенная флегмона	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	$0,4 \times 10^{6*})$	1,7	$0,5 \times 10^{5*})$

* - различие результатов статистически достоверно по сравнению с показателями аденофлегмон ($P < 0,05$).

Анализируя результаты микробиологического исследования и оценивая клиническую картину заболевания, нами было выявлено, что при средне-тяжелых и тяжелых гнойно-воспалительных процессах в посевах чаще определялись стафилококки, стрептококки и синегнойная палочка. Наиболее патогенными свойствами среди стафилококков обладали штаммы золотистого стафилококка, а среди стрептококков α - гемолитический стрептококк.

Результаты иммунологических исследований показывают угнетение показателей гуморального и клеточного иммунитета среднего и низкого уровня у больных с ГВП ЧЛЮ и шеи. Наблюдается некоторое повышение относительного числа Т-хелперов 36,2% за счет снижения Т-супрессоров 16,6%, что коррелирует с тяжестью процесса.

В подавляющем большинстве случаев 79,2% имелось благоприятное прогностическое течение ГВП ЧЛЮ и шеи, у 14,6% больных сомнительный исход и в 6,2% случаях отмечался прогностический неблагоприятный исход. Наиболее опасными в плане развития осложнений являлись прогрессирующие гнилостно-некротические флегмоны, карбункулы и фурункулы лица, остеомиелит челюсти у 38 (2,7%) больных с тяжелой формой ГВЗ. Из них наблюдался летальный исход у 14 больных (по данным архива), что составило в среднем в год около 0,3%.

Глава 5 «Комплексная терапия гнойно-воспалительных заболеваний челюстно-лицевой области и шеи с применением

современных методов лечения» посвящена результатам лечения сравниваемой и основной групп.

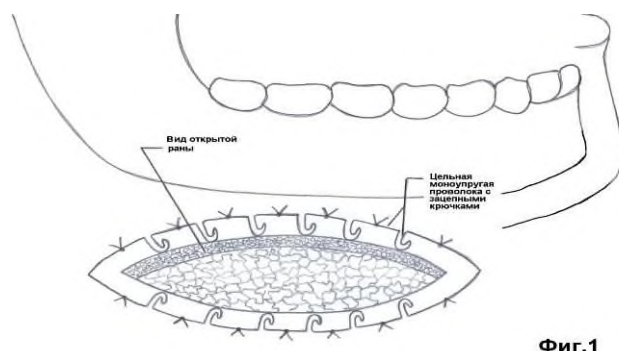
Лечение 424 больных сравниваемой группы заключалось в вскрытии гнойного очага с иссечением краев раны в пределах здоровых тканей по типу ранней полной первичной хирургической обработки под местным или общим обезболиванием с дренированием ГР, обработки 3% раствором перекиси водорода, рыхлой тампонады 10% гипертоническим раствором. Через 3-4 часа осуществлялась повторная обработка и перевязка, рана рыхло дренировалась резиново-марлевыми турундами, пропитанными мазью "левомеколь". Перевязки выполняли ежедневно. Наряду с местным лечением проводили системную антибактериальную и детоксикационную и другие виды терапии в зависимости от выраженности интоксикационного синдрома.

У 318 больных основной группы применялись современные антисептики и разработанные инновационные методы лечения, в том числе 264 больным были использованы в местном лечении Комплексон и ОЗР, у 54 больных – аппликационно-сорбционное лечение с Комплексоном, ОЗР, МКБП. В этом аспекте были:

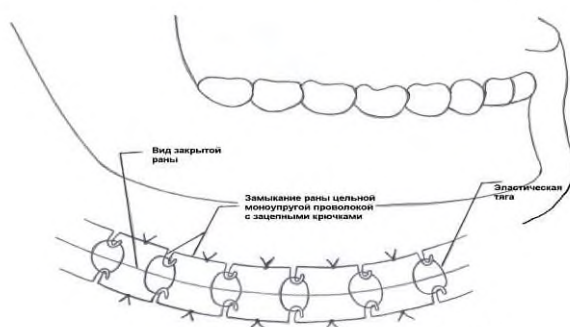
- разработано бактерицидное средство для лечения гнойных ран «Комплексон», содержащий в качестве антибактериального средства – ИРС и ДМСО, обладающего также мембранотропным, анальгетирующим и местноанестезирующим свойствами (Патент КР №1164 от 30.06.09г. «Бактерицидное средство для лечения гнойных ран»). Характеристика нового бактерицидного средства комплексон для лечения гнойных ран: бесцветный раствор, прозрачного цвета со слабым специфическим запахом. Состав: ИРС 2% и 50% раствор ДМСО. Обладает бактерицидным, местноанестезирующим и анальгетическим, противовоспалительным свойствами. Приготовление ИРС проводили электролитическим методом по Л.А. Кульскому (1977), с использованием аналога переносного аппарата ЛК – 31. Экспериментально-клинические исследования «Комплексона» показали, что он оказывает выраженное местное противовоспалительное и антимикробное действие, способствует санации раны от гнойно-некротического субстрата и репарации грануляций с последующей эпителизацией тканей;

- разработаны и внедрены варианты проточного и проточно-аспирационного методов с возможностью раннего или отсроченного замыкания краев раны на цельную моноупругую танталовую проволоку на эластической тяге (Патент КР № 1162 от 30.06.09г. «Способ лечения гнойных ран») (рис. 1). Способ осуществляется следующим образом: после вскрытия гнойной раны, ревизии содержимого, туалета раны антисептиками, вводили сквозной перфорированный трубчатый дренаж

(или дренажи), затем выполняли прошивание краев раны, отступая на 1-1,5 см с обеих сторон по периметру цельными моноупругими проволоками с зацепными крючками.



Фиг.1



Фиг.2

Рис.1. Вид открытой и закрытой раны на цельную моноупругую проволоку с зацепными петлями на эластической тяге (схема).

После этого в течение дня осуществлялся капельный диализ одноразовой системой для переливания жидкостей раствором комплексона, ОЗР. После стихания гнойного процесса, появления грануляции (2-фаза) производили раннее (3 сутки) или отсроченное (5 сутки) закрытие раны на эластическую тягу (рис. 2-5). Постоянно осуществлялся динамический контроль и в случае возникновения прогрессирования ГВП рана раскрывалась для санации, а при появлении грануляций апплицировали мазь левомеколь. Устройства для замыкания ран удаляли на 10-12 сутки.



Рис.2. Б-ой Х-и Д.М., 64г. Д-з:
Одонтогенная флегмона
подчелюстной и
подподбородочной областей.
Установлена дренирующая трубка.



Рис.3. Тот же б-ой. По периметру
фиксировано устройство для
закрытия раны.



Рис.4. Тот же б-ой. Вид закрытой
раны (отсроченное замыкание -
5 сут.)

Рис.5. Тот же б-ой. Заживление
раны. Мало заметный рубец.

- методика аппликационно-сорбционного способа лечения ГР ЧЛЮ и шеи. С этой целью, нами для клинического использования при лечении прогрессирующих ГВП была предложена многокомпонентная биоповязка (МКБП) на основе углеродминерального сорбента СУМС-1 в составе: метронидазол (0,5%-15,0), гентамицин (4%-4,0), комплексон (2%ИРС и 50%ДМСО-20,0), лидаза (1бед.-4,0). Все лекарственные вещества представляют собой официальные растворы, композиция готовилась в перевязочной и не требовала дополнительной стерилизации. Состав МКБП обоснован результатами собственных экспериментальных исследований и основывается на литературных данных. В соответствии с Законом КР «О лекарственных средствах» №91 от 30.04.2003г., ст. 35 «Государственная регистрация лекарственных средств» - Государственной регистрации не подлежат лекарственные средства, изготовленные ex tempore, т.е. составленные по рецептуре из ранее известных лекарственных средств для непосредственного использования в клинической практике, а не для серийного производства и реализации в аптечной сети.

Композицию выдерживали 30 минут для адсорбции, готовую МКБП рыхло помещали внутрь тампона и укладывали в рану с последующим закрытием последней на моноупругую цельную проволоку с зацепными петлями с эластической тягой и применялась до полного

очистки раны от гнойно-некротических тканей (рис.6,7). перевязки осуществляли ежедневно, а после очищения раны и появления грануляций, применялась повязка с мазью левомеколь, перевязки делали через день, два. Количество использованного МКБП и кратность сеансов зависели от размеров и состояния раны, выраженности воспалительной реакции.



Рис.6. Б-й П-ов В.А., д-з:
Одонтогенная флегмона дна
полости рта. МКБП уложена
в рану, по периметру фиксировано
устройство для закрытия раны.



Рис. 7. Тот же б-й.
Рана закрыта на
эластическую тягу.
Закрытое ведение ГР.

У 38 больных с прогрессирующими флегмонами поверхностной локализации использовалось закрытое ведение ГР под МКБП (рис. 6,7). При гнилостно-некротических процессах и нежелании пациентов использовать замыкающее устройство, последующее ведение раны осуществлялось открытым методом у 16 пациентов (рис. 8,9).





Рис. 8. Вид открытой раны
б-го Х-ова И.М.
Д-з: Одонтогенная флегмона
дна полости рта.

Рис. 9. Б-ой Х-ов И.М.,
рана рыхло тампонирована
МКБП.
(открытое ведение раны).

- методика регионарной непрямой лимфотропной антибиотикотерапии (РНЛАТ) по А.А. Левину с соавт. (1987).

Непрямое лимфотропное введение антибактериальных препаратов производили всем больным основной группы однократно в течении суток в области корней лимфатической системы и регионарного коллектора подкожно или подслизисто в зависимости от локализации ГВП. В качестве лимфостимулятора применяли лидазу, которую растворяли в 0,5%-1% растворе новокаина или лидокаина (32 ед.) и 1,0 мл вводили подкожно. Спустя 5 минут через данную иглу вводился антибиотик половинной суточной дозы с учетом бактериологического исследования микробного пейзажа гнойной раны (линкомицин, гентамицин, цефазолин и т.п.), а также на основании литературных данных о чувствительности наиболее частых возбудителей ГВП ЧЛО и шеи. На место кожной инъекции накладывался полуспиртовый компресс. Длительность эндолимфатической терапии составляла 5-7 дней и сроки ее определялись состоянием больных. Наряду с данным методом проводилось общепринятая системная антибиотикотерапия.

- приготовление озонированного раствора осуществлялось на аппарате для озонотерапии УОТА-60-01 «Медозон», РФ рег. №292/0699\96-5-27 (Разумов А.Н. и соавт., 2003). Барботирование дистиллированной воды происходило в стеклянной емкости в течение 15 минут (8 мкг/мл). Орошение ГР в течение 10-40 минут осуществлялось спустя сутки (с учетом тромболитических свойств озонированных растворов) методами активного дренирования через установленные трубчатые дренажи, а также путем аппликации стерильных тампонов смоченных озонированной водой на 5-7 минут.

Результаты, полученные при традиционном и дифференцированном лечении с использованием разработанных современных методов, мы сопоставили по основным показателям со всеми группами.

При дифференцированном способе лечения довольно быстро исчезала гиперемия и отек окружающих тканей, а также сравнительно быстрее были ликвидированы явления интоксикации. До начала лечения температура раны во всех группах больных была почти на одинаковом уровне, но на пятые сутки более существенные изменения наблюдались в группах пациентов получавших лечение, которое включало комплексон, ОЗР и МКБП, а на 10 сутки различия сохранились в пределах $0,7-1,0^{\circ}\text{C}$, то в этих двух последних, различия были едва ощутимы, что также подтверждало целесообразность применения разработанного нами подхода к лечению ГР.

Исходные данные ЛИИ были идентичны во всех группах, и они были на довольно высоком уровне, что указывало на наличие выраженного воспалительного процесса и интоксикации. На 5 сутки во всех группах отмечено снижение ЛИИ, но более существенное в последних двух группах, на 10 сутки после начала лечения в группе традиционного лечения ЛИИ составил $3,94\pm 0,12$, а при использовании МКБП, комплексона и ОЗР ЛИИ снизился почти до нормы, что указывало на более существенную ликвидацию воспалительного процесса и интоксикации. Необходимо отметить, что применение МКБП с комплексоном и ОЗР в сочетании с РНЛАТ быстро вело к снижению воспаления и интоксикации и не требовало большого объема выполнения противовоспалительной и дезинтоксикационной терапии, что в свою очередь снижало расходы на лечение больных.

При традиционном лечении бактериальная обсемененность раны снижалась лишь на 5-6 сутки и то не очень существенно у 20,5% больных, то в основной группе на 3-5 сутки она была ниже критического уровня - $10^{3,1\pm 0,06}$ КОЕ/мл у большинства больных - 76,4%. На 5 и 10 сутки посев роста не дал.

При традиционном лечении до 3 суток сохраняется явление ацидоза ($\text{pH} - 5,43\pm 0,07$), лишь на 10 сутки она достоверно отличалась от исходных величин ($P < 0,05$), т.е. обнаруживались сдвиги показателей в щелочную сторону. При применении комплексона и ОЗР в сочетании с РНЛАТ уже на 5 сутки наблюдались существенные изменения Рн со сдвигом в щелочную сторону - $7,2\pm 0,04$, при использовании МКБП с комплексоном и ОЗР в сочетании с РНЛАТ отмечена тенденция уменьшения ацидоза и на 10 сутки - $7,16\pm 0,07$, что указывает на более выраженную положительную динамику раневого процесса в основной группе.

При анализе клеточного состава отделяемого ран при различных методах лечения уже на 3-5 сутки более существенные сдвиги отмечены в группах дифференцированного лечения, они выражались в снижении нейтрофилов и увеличении лимфоцитов, появлялись макрофаги и фибробласты, что указывало на улучшение процессов регенерации. На 10 сутки от момента начала лечения снижалось содержание нейтрофилов, нарастало количество лимфоцитов, увеличивалось число макрофагов и фибробластов, которое было также более выражено в группе больных, которым осуществлялось дифференцированное лечение

Нами выполнен анализ динамики площади ран при различных методах лечения у больных с флегмонами, после хирургического дренирования которых формируются значительные раневые поверхности, чем при других ГВП (табл.8).

Таблица 8. - Динамика площади ран у больных с флегмонами при различных методах лечения

Метод лечения	Число больных	Показатели				
		площадь до лечения, мм ²	Площадь на 5 сут., мм ²	индекс заживления, %	площадь на 10 сут., мм ²	Индекс заживления, %
Традиционный	74	240,4±16,1	110,7±11,7	10,8±0,1	56,82±0,2	4,9±0,2
Комплексон, ОЗР	98	254,2±14,2	98,3±18,5	12,3±0,1	26,14±3,1	7,34±0,1
МКБП, ОЗР, комплексон	47	286,1±14,1	114,4±16,3	12,0±0,1	42,1±2,2	6,32±0,1

К 5 суткам лечения комплексоном и ОЗР площадь раны уменьшилась до 98,34±18,52мм² и индекс заживления составил 12,26±0,07%, учитывая положительную динамику течения раневого процесса, нами применялось у 42 больных раннее (3 суток) закрытие ГР и к 10 суткам отмечено полное заживление раны. В остальных случаях проводилось традиционное ведение и к 10 суткам рана уменьшилась до 26,14±3,12мм². Индекс заживления по отношению к величине раны на 5 сутки составил 7,34±0,06%.

К 5 суткам лечения у 54 больных с применением МКБП, ОЗР, комплексона раны уменьшились до 114,41±16,32 мм² и индекс

заживления составил $12,01 \pm 0,06\%$. Учитывая положительную динамику течения раневого процесса, нами применялось в исследуемой группе отсроченное (5 сутки) закрытие ГР у 38 больных, открытое ведение ГР осуществлялось у 9 больных с флегмонами и в 7 случаях с карбункулами. К 12 суткам полное заживление раны достигнуто нами у 23 больных при отсроченном закрытии ГР, в 15 случаях к 10 суткам рана уменьшилась до $42,14 \pm 2,16 \text{ мм}^2$. Индекс заживления по отношению к величине раны на 5 сутки составил $6,32 \pm 0,04\%$, что указывало на благотворное влияние МКБП на заживление гнойных ран.

Динамика раневого процесса является одним из основных показателей, которую мы проанализировали во всех группах (табл.9).

Следует отметить, что очищение раны от некротических тканей при традиционном методе лечения шло замедленно, быстрее происходило очищение ран с появлением грануляций, а затем эпителизацией при сочетанном использовании комплексона и ОЗР, а также при лечении МКБП, комплексона и ОЗР (табл.9).

Таблица 9. - Основные показатели раневого процесса при различных методах лечения гнойных ран

Показатели (в сутках)	Традиционное	Комплексон, ОЗР	Комплексон, МКБП, ОЗР
Очищение ран, сутки	$6,18 \pm 0,12$	$4,13 \pm 0,15$	$4,72 \pm 0,07$
Появление грануляций после очищения, сутки	$4,92 \pm 0,67$	$3,92 \pm 0,21$	$4,13 \pm 0,15$
Появление краевой эпителизации после очищения, сутки	$5,12 \pm 0,32$	$3,92 \pm 0,27$	$3,74 \pm 0,17$
Норма кол-ва лейкоцитов, сутки	$7,24 \pm 0,42$	$3,12 \pm 0,09$	$4,13 \pm 0,16$
Среднее пребывание в стационаре, к/дней	$12,35 \pm 0,39$	$10,06 \pm 0,14$	$12,46 \pm 0,10$

Это существенно отражалось на продолжительности стационарного лечения, в частности заживление раны достигнуто у 232 (72,9%) из 318 больных, получавших дифференцированное лечение ГР, в том числе в сроки 10 суток у 197 (61,9%) больных и в 35 (11,0%) случаях в течение 12 суток. При традиционном лечении данные показатели составляли: всего 180 (42,4%) больных, в том числе 104 (24,5%) случая в сроки 10 суток и 76 (17,9%) в течении 12 суток соответственно.

У значительного числа пациентов 197 (61,9%) - раны зажили вторичным натяжением, наложение вторичных швов не проводилось из-за уменьшения течения первой фазы раневого процесса, небольших размеров раны при фурункулах, карбункулах и абсцессах (площадь менее 80-100 мм²), отказа больного от повторной операции.

В этом случае предпочтение отдавалось лейкопластырному сведению краёв раны. После очищения ран от некротических тканей и купирования признаков воспаления, такие больные, как правило, не требовали дальнейшего стационарного лечения и выписывались из отделения. Контроль за их лечением осуществлялся в амбулаторных условиях. Вторичные швы наложены 32 (10,1%) больным, в большинстве случаев при флегмонах 30 (9,5%) и карбункулах 2 (0,6%). Эффективность проводимого лечения, в конечном итоге, нашла свое отражение в длительности пребывания пациентов на больничной койке, что является важным критерием при сравнительной оценке предлагаемых методов дифференцированного лечения. Средняя продолжительность стационарного лечения в основной группе 11,26±0,12 и была достоверно ниже ($p<0,05$) по сравнению со сравниваемой - 12,35±0,39 суток.

Наименьшая продолжительность стационарного лечения в основной группе исследования определила сокращение средних сроков нетрудоспособности в основной группе больных, которые были в 1,3 - 1,5 раза меньше по сравнению с сравниваемой группой исследования. Полученные результаты были достоверными ($p<0,05$) и соотносились со сроками стационарного лечения пациентов. Однако, качественный состав больных, выписанных на амбулаторное лечение, имел существенные различия. Процент ран заживших в стационаре сравниваемой группы составил 42,45%. В основной группе, где использовались дифференцированные способы лечения, этот показатель был равен – 82,08%. Более высокий процент больных, выписанных из хирургического отделения с полностью зажившими ранами в группе, где проводились дифференцированные способы лечения, свидетельствует о более благоприятном течении раневого процесса.

Предложенные методы позволяют по показаниям применить как традиционное, так и закрытое ведение раны с динамическим контролем, исключает контаминацию ВБИ и повторное вмешательство по наложению вторичных швов с получением хороших косметических и функциональных результатов, уменьшают процент осложнений почти в 2 раза.

ВЫВОДЫ

1. Среди острых гнойно-воспалительных процессов челюстно-

лицевой области и шеи заболевания одонтогенного происхождения составили 48,3%, неодонтогенные – 51,7%, в том числе флегмоны - 48,1%, абсцессы - 18,2%, фурункулы - 26,9% и карбункулы - 6,8%. В 92,6% случаев флегмоны занимают одну анатомическую область, в 7,4% - две и более. В день госпитализации у 77,1% больных общее состояние расценивается как удовлетворительное, у 17,6% - средней тяжести и у 5,3% как тяжелое. Выявлен средний и низкий уровень иммунитета у больных с прогрессирующими флегмонами и карбункулами, в частности повышение Т - хелперов до 36,2% и снижение Т-супрессоров - 16,6%. На основании вышеизложенного, требуется адекватная оценка течения воспалительного процесса и выбор дифференцированного подхода в планировании лечения;

2. Выраженность местных и общих симптомов ГВП ЧЛЮ и шеи определяется локализацией гнойно-воспалительных процессов и характером течения. В 56% случаев ГВП ЧЛЮ и шеи сопровождается гипертермической реакцией, лейкоцитозом, сдвигом лейкоцитарной формулы влево и в 78,7% -ускорением СОЭ. При средне-тяжелых и тяжелых ГВП в посевах чаще определялись стафилококки, стрептококки и синегнойная палочка. Благоприятный прогноз отмечен у 79,2% больных с поверхностными ГВП, у 14,6% больных с флегмонами сомнительный исход и при прогрессирующих ГВП в 6,2% - неблагоприятный прогноз. Полученные данные явилось основанием для разработки методов дифференцированного лечения;

3. Традиционное лечение не в полной мере обеспечивает переход 1-й фазы раневого процесса во 2-ю, в частности очищение раны было замедленным - на 6-7 сутки, появление грануляций и эпителизации на 3-4 сутки после очищения раны. Сохранялись повышение температуры тела, состояние ацидоза, ЛИИ к 10 суткам не достигал нормы ($P < 0,01$). Требовалось длительное стационарное лечение, так к 10 суткам заживление ран достигнуто лишь 24,5% больных с фурункулами, к 12 суткам у 17,9% больных с абсцессами, к 16-18 суткам постгоспитального лечения у 50,0% больных с флегмонами и карбункулами. Следовательно, требуется поиск эффективных и разработка доступных средств для оптимизации комплексного лечения гнойных ран;

4. Сравнительные бактериологические исследования (in vitro) показали, что у комплексона высокая бактерицидная активность на микрофлору гнойных ран наблюдается в разведении 1:1- 1:2 до 7 суток при $t^0 20^0C$. В остальных разведениях (1:4-1:16) при всех сроках хранения наблюдался рост колоний *Pseudomonas aeruginosa*. Сохранялась бактерицидная активность комплексона в разведении 1:16 до 7 суток хранения против *St. aureus* и *E. coli*. Дальнейшее снижение

концентрации растворов ведет к развитию ацидоза и к уменьшению антибактериальной активности с возникновением роста микроорганизмов;

5. Экспериментальными исследованиями выявлено положительное воздействие по фазам течения ГР комплексона, ОЗР, МКБП, левомеколя в условиях активного дренирования и закрытого лечения. В частности установлено: снижение обсемененности ниже критической на 7 сутки до 10^2 и 6×10^1 КОЕ/мл, в контроле 2×10^2 КОЕ/мл; отсутствие вторичного ацидоза - $7,3 \pm 0,1$, в контроле $6,6 \pm 0,2$; уменьшении воспалительной реакции - разницa температур $1,3 - 2,6 \text{C}^0$, в сравнении с контрольной ($P < 0,05$); увеличение фибробластов $6,9 \pm 0,17$, в контроле $2,18 \pm 0,49$; развитие грануляций на 3 сутки, в контроле - 10 сутки; уменьшение площади раны на 7 сутки $37,3 \pm 4,7 \text{мм}^2$ и $21,8 \pm 4,1 \text{мм}^2$, в контроле $46,8 \pm 5,1 \text{мм}^2$;

6. Установлено, что сочетанное применение комплексона, ОЗР и мази левомеколь по фазам раневого процесса при различных способах ведения ГР оказывает выраженное бактерицидное действие с купированием воспалительного процесса, способствует очищению и заживлению раны, в частности: на 3 сутки снижению бактериальной обсемененности ниже критической $10^{3,1 \pm 0,06}$ КОЕ/мл; нормализация Рн на 5 сутки - $7,2 \pm 0,04 - 7,2 \pm 0,04$; раннее очищение раны к $4,13 \pm 0,15$ суткам и появление грануляций; уменьшение площади раневой поверхности в 2,6 раза быстрее. Средние сроки стационарного лечения составили $9,7 \pm 0,07$ койко-дней, а процент заживших ран - 74,6%.

7. Комплексное использование МКБП, ОЗР, комплексона и РНЛАТ снижает общий фон токсемии. Это приводит к ускорению репаративных процессов в ране: раннему очищению $4,72 \pm 0,07$ и эпителизации $3,74 \pm 0,17$ суткам, уменьшению площади раневой поверхности в 2,5 раза. Выявлена их значительная бактерицидная, адсорбирующая и некролитическая активность при лечении прогрессирующих и гнилостно-некротических флегмон.

ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

1. В комплексном терапии ГВЗ ЧЛЮ и шеи необходим дифференцированный подход в планировании лечения, в связи с этим требуется адекватная оценка течения воспалительного процесса в зависимости от локализации, характера течения, выраженности местных и общих симптомов.

2. В оценке эффективности любого метода лечения гнойных ран целесообразно использовать определение площади раневой поверхности, бактериальной обсемененности раны, кислотно-щелочного состояния и клеточного состава раневого отделяемого.

3. В лечении гнойных ран следует придерживаться «Алгоритма ведения гнойной раны с учетом фазы течения и использованием современных технологий»:

3.1. Эффективным способом лечения поверхностных и ограниченных ГВП ЧЛО и шеи является сочетанное применение комплексона и ОЗР в системе активного дренирования при различных способах ведения ГР, потенцируя друг друга в 1-й фазе раневого процесса купируют воспалительный процесс, ускоряя переход в фазу регенерации, а аппликации мази левомеколь во 2-й фазе способствует активной репарации раны.

3.2. Методом выбора при лечении прогрессирующих и гнилостно-некротических флегмон, занимающих 2 и более пространства, являются применение в 1-й фазе раневого процесса методов активного дренирования и местного многокомпонентного воздействия на ГР комплексона, ОЗР, МКБП и мази левомеколь во 2-й фазе раневого процесса. Тем самым, обеспечивается эффективное удаление обильного раневого отделяемого из полости раны, купирование интоксикационного синдрома.

3.3. Предложенные методы позволяют по показаниям применить как традиционное, так и закрытое ведение раны с динамическим контролем путем раскрытия и санации очага, исключает контаминацию ВБИ и повторное вмешательство по наложению вторичных швов с получением хороших косметических и функциональных результатов, уменьшают процент осложнений почти в 2 раза.

Применение разработанного нами метода дифференцированного лечения гнойных ран будет способствовать сокращению сроков пребывания больных в стационаре и быстрому заживлению ран.

СПИСОК ОПУБЛИКОВАННЫХ РАБОТ ПО ТЕМЕ ДИССЕРТАЦИИ

1. Бакиев, Б.А. Опыт лечения альвеолита по данным хирургического отделения РСП / В.К. Красницкий, С.Б. Орозобеков, Б.А. Бакиев // Здоровоохранение Киргизии.- 1984. - №3.- С. 52-54.

2. Бакиев, Б.А. Комплексное лечение больных с одонтогенными флегмонами челюстно-лицевой области / Б.А. Бакиев, И.М. Юлдашев, А.Т. Токтосунов и др. // Здоровоохранение Киргизии. - 1987. - №5.-С. 52-53.

3. Бакиев, Б.А. Результаты резекции верхушки корня зуба при хронических периодонтитах / Б.А. Бакиев, К.К. Коомбаев, М.М. Балтабаев и др. // Лечение, реабилитация и диспансеризация больных в условиях горного климата Кыргызской Республики: сб. науч.тр. КГМИ. - Бишкек, 1994.- С. 64-66.

4. Бакиев, Б.А. Затрудненное прорезывание зубов мудрости и их лечение у жителей низкогорья / Б.А. Бакиев, А.Г. Полянская, Л.И. Брусенко и др. // Лечение, реабилитация и диспансеризация больных в условиях горного климата Кыргызской Республики: сб. науч.тр. КГМИ. - Бишкек, 1994.- С.70-73.

5. Комплексное обследование и лечение больных с заболеваниями парадонта: методические рекомендации для студентов КГМИ / [Л.Б. Сабурова, С.М. Эргешов, Б.А., Бакиев и др.]. - Фрунзе, 1990.- 30с.

6. Бакиев, Б.А. Острый и хронический периодонтит. Клиника, диагностика и принципы хирургического лечения: методическая разработка КГМА / Б.А. Бакиев, А.Т. Токтосунов, А.Ю. Тажибаев - Бишкек, 1997.- 11с.

7. Бакиев, Б.А. Опыт импульсной инфракрасной лазеротерапии при стоматологических заболеваниях / З.З. Бабаджанова, Б.А. Бакиев, Байсылда уулу К. // Актуальные вопросы стоматологической помощи в Кыргызстане: сб. науч.тр. - Бишкек, 1997.- С. 68-71.

8. Бакиев, Б.А. Использование углерод - минерального сорбента СУМС-1 в комплексном лечении гнойно-воспалительных заболеваний челюстно-лицевой области / Д.Б. Шаяхметов, А.Т. Джумаев, Б.А. Бакиев // Проблемы саногенного и патогенного эффектов экологического воздействия на внутреннюю среду организма: сб. науч. тр. - Чолпон-Ата, 1997, Ч. 3. - С.188-190.

9. Бакиев, Б.А. Сочетанная лимфотропная и сорбционно-аппликационная терапия в гнойной хирургии челюстно-лицевой области / Д.Б. Шаяхметов, А.Т. Джумаев, Б.А. Бакиев // Проблемы саногенного и патогенного эффектов экологического воздействия на внутреннюю среду организма: сб. науч. тр. - Чолпон-Ата, 2001.- Т.1.- С.124-125.

10. Бакиев, Б.А. Применение хитозанового геля «Васна» в хирургической стоматологической практике / В.Х. Габитов, Б.А. Бакиев, А.Г. Завизионный // Проблемы саногенного и патогенного эффектов экологического воздействия на внутреннюю среду: сб. науч. тр. - Чолпон-Ата, 2001.- Т.2.- С.124-125.

11. Бакиев, Б.А. Профилактика посттравматических инфекционно-воспалительных осложнений нижней челюсти антибактериальной лимфотропной терапией / Б.А. Бакиев, И.А. Мазикин, Р.М. Мурадов и

др.// Актуальные проблемы стоматологии на современном этапе: сб. науч. тр. - Бишкек, 2002.- С. 182- 187.

12. Бакиев, Б.А. Сорбционная терапия гнойных ран челюстно-лицевой области / Б.А. Бакиев, Д. Б. Шаяхметов, А.Т. Джумаев // Проблемы стоматологии. - Алматы. - 2002. - № 4 (18). - С. 53-54.

13. Бакиев, Б.А. Анализ течения и лечения острой гнойной одонтогенной инфекции по материалам клиники хирургической стоматологии и пути совершенствования комплексного лечения / Б.А. Бакиев, А.Т. Джумаев, Д.Б. Шаяхметов и др. // Проблемы стоматологии.- Алматы.- 2003. - №1.- С. 35-37.

14. Бакиев, Б.А. Перспектива совершенствования регионарной лимфотропной антибактериальной терапии в челюстно-лицевой хирургии / Б.А. Бакиев, А.Т.Джумаев, Д.Б. Шаяхметов // Перспективы развития общей стоматологии в КР и странах Центральной Азии: сб. науч. тр. - Бишкек, 2003.- С. 149-154.

15. Бакиев, Б.А. Состояние и пути совершенствования способов лечения больных с одонтогенными воспалительными заболеваниями челюстно-лицевой области / Б.А. Бакиев, А.Т. Джумаев, А.Т. Токтосунов и др. // Перспективы развития общей стоматологии в КР и странах Центральной Азии: сб. науч. тр. - Бишкек, 2003.- С. 159-164.

16. Бакиев, Б.А. Использование сорбентов СУМС- 1 и СУМС- 2 при лечении флегмон челюстно- лицевой области в условиях раннего закрытия гнойной раны / А.Т. Джумаев, А.П. Ковалев, Р.Н. Мурадов, Б.А. Бакиев и др. // Центрально- Азиатский Медицинский журнал. – 2004. - Т. 10. Приложение 6. - С. 3-7.

17. Бакиев, Б.А. Анализ заболеваемости и лечения гнойно-воспалительных заболеваний мягких тканей челюстно-лицевой области по данным отделения ЧЛХ НГ МЗ КР / Б.А. Бакиев, А.Т. Джумаев, С.Ф. Лесогоров и др. // Центрально - Азиатский Медицинский журнал.- 2004.-Т.10. Приложение 6. - С.156-159.

18. Бакиев, Б.А. Новые подходы к обучению на основе моделирования патологических состояний и оперативных вмешательств / Б.А. Бакиев, Д.Б. Шаяхметов, А.Т. Токтосунов и др. // Центрально - Азиатский Медицинский журнал. – 2004. -Т. 10. Приложение 8. - С. 261-263.

19. Бакиев, Б.А. Регенерация раны под воздействием хитозанового геля «Васна» / Б.А. Бакиев, У.К. Курамаева, А.Б. Бакиев // Медицинские кадры XXI века. – Бишкек, 2005.- №2. - С. 92-95.

20. Бакиев, Б.А. Современные подходы к местному лечению гнойных ран челюстно- лицевой области и шеи / Б.А. Бакиев, А.Т. Джумаев // Медицинские кадры XXI века. – 2005. - №2.- С. 114-120.

21. Бакиев, Б.А. Хирургическое лечение одонтогенных кист челюстей методом направленной регенерации тканей / Б.А. Бакиев, Д.Б. Шаяхметов, А.Р. Цой и др. // Проблемы стоматологии.- Алматы. 2005.-№ 3 (29).- С. 34-37.

22. Бакиев, Б.А. Учебно-исследовательская работа студентов и клинических ординаторов на основе моделирования патологических состояний и оперативных вмешательств / Б.А. Бакиев, М.В. Бухов, С.В. Яшишин // Здоровоохранение Кыргызстана. - 2005 - №1.- С. 209-210.

23. Бакиев, Б.А. Применение физических факторов в комплексном лечении гнойных ран челюстно-лицевой области и шеи / Б.А. Бакиев, Д.Б. Шаяхметов // Медицинские кадры XXI века. – 2006 - №2.- С.122-133.

24. Бакиев, Б.А. Принципы местной медикаментозной терапии гнойно- воспалительных процессов челюстно- лицевой области и шеи / Б.А. Бакиев, Н.С. Касенова // Медицинские кадры XXI века – 2006.- №2.- С. 98-106.

25. Неогнестрельные переломы нижней челюсти. Классификация, клиника, диагностика и лечение: методические указания для студентов стоматологического факультета / [Б.А. Бакиев, А.Ю. Тажибаев, Д.Б. Шаяхметов и др.]. – Бишкек, 2006.- 16с.

26. Организация хирургического отделения (кабинета) стоматологической поликлиники. Медицинская документация в хирургическом отделении (кабинете) стоматологической поликлиники. Деонтология и врачебная этика: методические указания для студентов стоматологического факультета / [Б.А. Бакиев, А.Ю. Тажибаев, Д.Б. Шаяхметов и др.]. – Бишкек, 2006.- 16с.

27. Практикум по пропедевтике хирургической стоматологии: методическое пособие для студентов стоматологов / [Б.А. Бакиев, Д.Б. Шаяхметов, И.М. Юлдашев и др.]. - Бишкек, 2007. - 107с.

28. Краткий курс пропедевтики хирургической стоматологии: учебное пособие для студентов стоматологических факультетов / Д.Б. Шаяхметов, Б.А. Бакиев, У.К. Курамаева. – Бишкек, 2007. - 148с.

29. Бакиев, Б.А. Бактериологическая характеристика ионизированного раствора серебра и его комплексона с диметилсульфоксидом в эксперименте / Б.А. Бакиев, Ф.С. Мустафина // Проблемы стоматологии. - Алматы, 2007. - № 1 (35).- С. 54-59.

30. Бакиев, Б.А. Тактика при остром гнойном медиастините / Б.К. Ургуналиев, Б.А. Бакиев, А.С. Бейшеналиев и др. // Медицина Кыргызстана.– 2008. – №1. - С. 80-84.

31. Бакиев Б.А. Состояние микрофлоры гнойных ран при традиционном (открытом) методе лечения гнойно-воспалительных заболеваний челюстно-лицевой области и шеи и их чувствительность к

антибактериальным препаратам / Б.А. Бакиев // Медицина Кыргызстана.– 2008. – №1. - С.38-46.

32. Бакиев Б.А. Особенности иммунного статуса у больных гнойно-воспалительными процессами мягких тканей челюстно-лицевой области / Б.А. Бакиев, Б.Т. Тулебеков, Н.С. Касенова // Центрально- Азиатский Медицинский журнал.–Т. XV, приложение 2, 2009. - С.50-52.

33. Бакиев, Б.А. Бактериологическое обоснование комплексного лечения экспериментальных гнойных ран в условиях раннего или отсроченного закрытия / Б.А. Бакиев // Проблемы стоматологии.- Алматы. 2009.- №1-2 (43-44).- С.75-79.

34. Бакиев, Б.А. Инновационные подходы в комплексном лечении абсцессов и флегмон челюстно-лицевой области и шеи / Б.А. Бакиев // Здравоохранение Кыргызстана - 2009 - №4. - С. 149-157.

35. Бакиев, Б.А. Курс лекций по хирургической стоматологии (для 4 курса стоматологического факультета): учебное пособие для студентов стоматологических факультетов / [А.Б. Мамытова, Б.А. Бакиев, А.Т. Токтосунов и др.]. - Бишкек, 2009. - 138с.

36. Бакиев, Б.А. Случай устранения обширных послеоперационных кистозных полостей с реплантацией фолликулов постоянных зубов и использованием аллогенного трансплантата / Б.А. Бакиев // Здравоохранение Кыргызстана. – 2009. - № 1.- С. 177- 182.

37. Бакиев, Б.А. Особенности клинического течения флегмон челюстно-лицевой области и шеи / Б.А. Бакиев // Здравоохранение Кыргызстана.–2009.-№5.- С. 69-76.

38. Бакиев, Б.А. Ретроспективный анализ фурункулов и карбункулов челюстно-лицевой области по данным отделения ЧЛХ НГ МЗ КР за период 2000-2004гг. / Б.А. Бакиев, Н.С. Касенова // Здравоохранение Кыргызстана. – 2009. - №5. - С. 76-79.

39. Бакиев, Б.А. Способ лечения гнойных ран ЧЛО и шеи / Б.А. Бакиев, В.А. Насыров // Патент КР № 1162 от 30.06.2009г.

40. Бакиев, Б.А. Бактерицидное средство для лечения гнойных ран. / Б.А. Бакиев, В.А. Насыров, А.З. Зурдинов и др. // Патент КР №1164 от 30.06.2009г.

41. Бакиев, Б.А. Влияние многокомпонентной биоповязки адсорбированной на СУМС-1 на течение раневого процесса при закрытом способе лечения у больных с поверхностными флегмонами челюстно-лицевой области /Р.Н. Мурадов, Б.А. Бакиев, А.С. Бейшеналиев // Здравоохранение Кыргызстана - Бишкек, 2009. - №4. - С.157-165.

42. Бакиев, Б.А. Состояние проблемы и ошибки в лечении острой гнойной одонтогенной инфекции / Б.А. Бакиев, Ж.Т. Бектуров, Т.К. Супиев // Хирургия Кыргызстана - 2010. - №2.- С. 63 - 68.

43. Бакиев, Б.А. Динамика цитологических изменений экспериментальных гнойных ран при традиционном лечении и при применении инновационных технологий / Б.А. Бакиев // Хирургия Кыргызстана - 2010.- №2.- С. 68 – 73.

44. Бакиев, Б.А. Морфологические изменения экспериментальных гнойных ран при спонтанном заживлении и традиционном лечении / Б.А. Бакиев // Здравоохранение Кыргызстана - 2010 - №2.- С.122-127.

45. Бакиев, Б.А. Морфологические проявления регенераторного процесса экспериментальных гнойных ран при применении многокомпонентной биоповязки в условиях закрытого ведения / Б.А. Бакиев // Здравоохранение Кыргызстана - 2010 - №2.- С. 127-133.

46. Бакиев, Б.А. Способ хирургического лечения одонтогенных верхнечелюстных синуситов с применением функциональных эндоскопических технологий / И.М. Исламов, Б.А. Бакиев, В.А. Насыров и др. // Патент КР №1282 от 30.09.2010г.

47. Бакиев, Б.А. Гнойно-воспалительные процессы челюстно-лицевой области и шеи / Б.А. Бакиев. – Б.: «Кут Бер», 2010. - 156с.

Бакиев Бахтияр Абдуллаевичтин “Жаак-бет жана моюн аймагындагы ириң-сезгенүү процесстеринин кураштырылган дарылоонун азыркы учурдагы аспектилерин” деген темадагы 14.01.17 – хирургия адистиги боюнча медицина илимдеринин доктору илимий даражасын алуу үчүн жазган диссертациясына

КОРУТУНДУСУ

Негизги сөздөр: жаак-бет жак, моюн, ириң жарасы, комплексон, озон кошулган аралашма, СУМС-1, жабык жана лимфогендик технологиялар, дарылоо.

Изилдөө объектиси: ириң-сезгенүү оорусу менен 1404 оорулар, 85 эксперименталдык жаныбар алынды.

Изилдөөнүн максаты: жаак-бет жана моюн аймагындагы ириң жараларын хирургиялык тазалоо ыкмаларынын практикасын, алардын башталыш шартында заманбап антисептиктерди жана кыйыр эндолимфатикалык антибиотик менен дарылоолорду иштеп чыгуу жана жайылтуу.

Изилдөөнүн ыкмалары: жалпы клиникалык, атайын, лабораториялык, статистикалык, курч мүнөздөгү сезгенүү ооруларын болжолдоо ыкмасы.

Алынган жыйынтыктар жана алардын жаңылыгы: Алгачкы жолу ириң жарасын жергиликтүү (аймактык) медикаментоздук дарылоо үчүн антисептик комплексондун жаңы бактерициддик композициясын клиникалык пайдалануу үчүн алынды жана негизделди (КР 30.06.09-ж. №1164 патенти: “Ириң жараларын дарылоо үчүн бактерициддик каражат”),

бул негизги топтогу жаранын тез тазаланышына көмөк көрсөтөт – $4,13 \pm 0,15$ сутка, көзөмөлдө – $6,18 \pm 0,12$ сутка, ($p < 0,05$).

Сорбент СУМС-1 жана заманбап антисептиктердин негизинде көп компоненттүү биотаңгак сунушталды. Ал көп багыттуу бактерицидик, адсорбирлөөчү, чирүүгө каршы аракеттерге ээ, жана анын эффективдүү таасири ирин жарасынын 1-фазасында негизделди.

Алгачкы жолу чоюлгучтун тартылуусунда илмектүү бир серпилгичтүү ириң жараларын жабуунун жеткиликтүү ыкмасы иштелип чыгып, негизделди жана клиникалык практикага жайылтылды (КР 30.06.09-ж. №1162 патенти: “Ириң жараларын дарылоо ыкмасы”). Ыкма жараны жана анын ачып тазалап, жабуу жолу менен жара процессинин жүрүшүндө динамикалык көзөмөлдү ишке ашырууга мүмкүндүк берет.

“Ириң жарасынын агымынын фазасын эске алуу, жайылтуу алгоритми жана заманбап технологияларды пайдалануу” иштелип чыкты. Ыкма патологиялык очоктун тез айыгууга, грануляциянын жана процесстин жүрүшү $3,74 \pm 0,17$ суткага, көзөмөлдө $5,12 \pm 0,32$ суткага, ($p < 0,05$) барабар болду, дарылоо мөөнөтү $11,26 \pm 0,12$ сутка, көзөмөлдө $12,35 \pm 0,39$ сутка, ($p < 0,05$).

Колдонуу тармагы: жаак-бет хирургиясы, хирургия.

Иш компьютердик терүүдөгү 229 бетте берилип, Times New Roman, 14 өлчөмдөгү шрифти менен, аралыгы 1,5 терилди. Киришүүдөн, адабият тизмесинен жана өздүк иликтөөлөрдүн 4 бөлүмөн, корутундудан, жыйынтыктардан жана практикалык сунуштамалардан турат. Диссертациянын тексти 43 таблицада берилип, 56 сүрөт менен толукталды.

Библиография: Библиографиялык көрсөткүчү 339 адабият булагын камтыйт, алардын 221 иши жакынкы жана 118 автору алыскы чет өлкөдөн болду.

РЕЗЮМЕ

диссертации Бакиева Бахтияра Абдуллаевича «Современные аспекты комплексной терапии гнойно-воспалительных процессов челюстно-лицевой области и шеи» на соискание ученой степени доктора медицинских наук по специальности: 14.01.17. – хирургия.

Ключевые слова: гнойно-воспалительный процесс, челюстно-лицевая область, шея, гнойная рана, комплексон, озонированный раствор, СУМС-1, закрытые и лимфогенные технологии, лечение.

Объект исследования: 1404 больных с гнойно-воспалительными заболеваниями, 85 экспериментальных животных.

Цель исследования: разработка и внедрение в клиническую практику методов активного хирургического дренирования гнойных ран челюстно-лицевой области и шеи в условиях их раннего и отсроченного закрытия с использованием современных антисептиков и непрямой эндолимфатической антибиотикотерапии.

Методы исследования: общеклинические, специальные, лабораторные, статистические, методика прогнозирования воспалительных заболеваний.

Полученные результаты и их новизна: Впервые получена и

обоснована для клинического использования новая бактерицидная композиция антисептик комплексон для местного медикаментозного лечения гнойной раны (Патент КР №1164 от 30.06.09г. «Бактерицидное средство для лечения гнойных ран»), что способствует быстрой санации раны в основной группе - $4,13 \pm 0,15$ суток, в контроле - $6,18 \pm 0,12$ суток, ($p < 0,05$).

Предложена многокомпонентная биоповязка на основе сорбента СУМС-1 и современных антисептиков, обладающего бактерицидным, адсорбирующим, некролитическим действием в 1-й фазе течения раны.

Впервые разработан, обоснован в эксперименте и внедрен в клиническую практику оригинальный и доступный способ закрытия гнойной раны моноупругой проволокой с зацепными крючками на эластической тяге (Патент КР № 1162 от 30.06.09г. «Способ лечения гнойных ран»). Способ позволяет осуществить динамический контроль за ходом раневого процесса путем раскрытия раны и ее санации.

Разработан и внедрен «Алгоритм ведения гнойной раны с учетом фазы течения и использованием современных технологий». Метод способствует быстрой санации патологического очага, появлению грануляций и эпителизации на $3,74 \pm 0,17$ сутки, в контроле $5,12 \pm 0,32$ ($p < 0,05$), сокращает сроки лечения на $11,26 \pm 0,12$ сутки, в контроле $12,35 \pm 0,39$ сутки, ($p < 0,05$).

Область применения: челюстно-лицевая хирургия, хирургия.

Работа изложена на 229 страницах компьютерного набора, шрифтом Times New Roman, кириллица размер 14, интервал 1,5. Состоит из введения, обзора литературы и 4 глав собственных исследований, заключения, выводов и практических рекомендаций. Текст диссертации иллюстрирован 43 таблицей и 56 рисунками.

Библиография: Библиографический указатель содержит 339 источника литературы, из них 221 работ ближнего зарубежья и 118 авторов дальнего зарубежья.

RESUME

of candidate's of medical sciences thesis Bakiev Bakhtiiar Abdullaevich
“Modern Aspects of Complex Therapy of Pyoinflammatory Process of
Maxillofacial Region and Neck”, majoring in: 14.01.17 – surgery

Key words: pyoinflammatory process, maxillofacial region, neck, septic wound, complexon, ozonized solution, Activated Charcoal+Aluminium oxide-1, closed and lymphogenic technologies, treatment.

Object of the research: 1404 patients with pyoinflammatory diseases, 85 experimental animals.

Aim of the research: development and practical application of methods of active surgical drain of maxillofacial region and neck septic wounds in conditions of their early and late contraction with the use of modern antiseptics and indirect endolymphic antibiotic treatment.

Methods of research: general clinic methods, special methods, laboratory methods, statistical method, forecasting technique of inflammatory diseases.

Received results and their novelty: for the first time Antibacterial agent for treatment of septic wounds, a new bactericidal composition antiseptic complexon

for local drug treatment of a septic wound was received and substantiated for clinical use (Patent KR № 1164 dated 30.06.09. Bactericidal agent for septic wound treatment) which promotes fast debridement of wound in general group - $4,13 \pm 0,15$ days, in control – $6,18 \pm 0,12$ days, $P < 0,05$.

Multicomponent bandage was offered on the base of sorbent of Activated Charcoal+Aluminium Oxide-1 and modern antiseptics possessing multidirectional bactericidal, adsorbent, necrolytic effect in 1st phase of septic wound course.

For the first time an original and accessible method of septic wound closing with mono elastic wire with hooks on elastic recoil was developed, substantiated in experiment and practically applied (Patent KR № 1162 dated 30.06.09. Method of septic wounds treatment). The method allows to do a dynamic control for the period of wound process by wound opening and its sanitation.

“Algorithm of septic wound management with a glance of course and usage of modern technologies” has been developed and applied. The method promotes fast sanitation of pathologic foci, appearance of granulation tissues and epithelialization on $3,74 \pm 0,17$ day, in control $5,12 \pm 0,32$ day. This reduces the period of treatment on $11,26 \pm 0,12$ day, in control $12,35 \pm 0,39$ days ($p < 0,05$).

Sphere of application: maxillofacial surgery, surgery.

The work is presented on 229 pages of computer typesetting, Times New Roman print, Cyrillic, size 14, interval 1,5. It consists of introduction, bibliography review and 4 chapters of self investigations, conclusions and practical recommendations. Text of dissertation is illustrated with 43 tables and 56 pictures.

Bibliography: Bibliography contains 339 sources of literature, 221 of them are works of authors from near abroad and 118 works belongs to authors from far abroad.

СПИСОК ТЕРМИНОЛОГИЧЕСКИХ СОКРАЩЕНИЙ

ВБИ	- внутрибольничная инфекция
ГВЗ	- гнойно-воспалительное заболевание
ГВП	- гнойно-воспалительный процесс
ГР	- гнойная рана
ДМСО	- диметилсульфоксид
ИРС	- ионизированный раствор серебра
КОЕ	- колониеобразующие единицы
ЛИИ	- лейкоцитарный индекс интоксикации
МКБП	- многокомпонентная биоповязка
ОЗР	- озонированный раствор
РНЛАТ	- регионарная непрямая лимфотропная антибиотикотерапия
СОЭ	- скорость оседания эритроцитов
СУМС-1	- сибирский углеродминеральный сорбент
ЧЛО	- челюстно-лицевая область
ЧЛХ	- челюстно-лицевая хирургия