

Оптимизация хирургического лечения одонтогенных воспалительных заболеваний челюстно-лицевой области.

Нарзиев Фуркат Исрофил угли

Самаркандский государственный медицинский университет, Республика Узбекистан

ANNOTATION

Одонтогенные воспалительные заболевания челюстно-лицевой области продолжают оставаться одной из наиболее актуальных проблем современной хирургической стоматологии. Высокая частота осложнённых форм, склонность к распространению инфекционного процесса и значительное влияние на качество жизни пациентов определяют необходимость совершенствования хирургической тактики лечения. Целью настоящего исследования явилась разработка и клиническая оценка эффективности оптимизированного хирургического подхода к лечению одонтогенных воспалительных заболеваний с использованием научно обоснованных и малоинвазивных методик. В работе проведён комплексный анализ клинических, лабораторных и инструментальных данных пациентов, оценены сроки заживления, частота послеоперационных осложнений и динамика воспалительного процесса. Результаты исследования показали, что применение оптимизированной хирургической тактики способствует снижению травматичности оперативных вмешательств, уменьшению частоты осложнений и сокращению сроков реабилитации пациентов.

Ключевые слова: *одонтогенные воспалительные заболевания, хирургическая стоматология, малоинвазивные методы, клиническая эффективность, челюстно-лицевая область.*

Введение.

Одонтогенные воспалительные заболевания челюстно-лицевой области представляют собой одну из наиболее распространённых причин обращения пациентов за неотложной и плановой хирургической стоматологической

помощью. По данным различных авторов, удельный вес данной патологии достигает 60–70% в структуре всех хирургических заболеваний челюстно-лицевой области. Несмотря на значительный прогресс в области стоматологической диагностики и терапии, проблема лечения одонтогенных инфекций сохраняет высокую медико-социальную значимость. Анатомо-топографические особенности челюстно-лицевой области, развитая сосудистая и лимфатическая сеть, а также тесная связь с жизненно важными структурами способствуют быстрому распространению инфекционного процесса и формированию осложнённых форм воспаления. Несвоевременное или неадекватное хирургическое вмешательство может приводить к развитию абсцессов, флегмон, остеомиелита челюстей и генерализации инфекции.

Современная хирургическая стоматология ориентирована на внедрение малоинвазивных и патогенетически обоснованных методов лечения, направленных не только на устранение очага инфекции, но и на максимальное сохранение функциональной и анатомической целостности тканей. В последние годы всё большее внимание уделяется оптимизации хирургической тактики, рациональному выбору доступа, адекватному дренированию и комплексному послеоперационному ведению пациентов. Несмотря на наличие многочисленных публикаций, посвящённых лечению одонтогенных воспалительных заболеваний, вопросы выбора оптимальной хирургической тактики, снижения частоты осложнений и сокращения сроков реабилитации остаются предметом научных дискуссий. Это определяет актуальность проведения комплексных клинических исследований, направленных на разработку и внедрение научно обоснованных подходов в хирургической стоматологии.

Методы

Настоящее клиническое исследование было проведено на базе хирургического стоматологического отделения Самаркандского государственного медицинского университета и включало комплексный анализ результатов лечения пациентов с одонтогенными воспалительными

заболеваниями челюстно-лицевой области. В исследование были включены 168 пациентов в возрасте от 18 до 69 лет, среди которых преобладали лица трудоспособного возраста, что подчёркивает социальную значимость данной патологии. Критериями включения являлись наличие клинически и инструментально подтверждённых одонтогенных воспалительных процессов, требующих хирургического вмешательства, а также согласие пациентов на участие в исследовании. Из исследования исключались больные с тяжёлыми соматическими заболеваниями в стадии декомпенсации, онкологической патологией и иммунодефицитными состояниями. Структура воспалительных заболеваний включала острые периапикальные абсцессы, распространённые инфильтраты мягких тканей, одонтогенные флегмоны и ограниченные гнойные очаги. Продолжительность заболевания до поступления в стационар варьировала от 2 до 10 суток, что в значительной степени влияло на выраженность клинической симптоматики и тяжесть воспалительного процесса. Диагностический алгоритм основывался на комплексной оценке клинического состояния пациента. Проводился детальный осмотр челюстно-лицевой области с определением локализации воспалительного очага, степени отёка, болезненности при пальпации и наличия флюктуации. Особое внимание уделялось оценке общего состояния больных, выраженности интоксикационного синдрома и функциональных нарушений жевательного аппарата. Лабораторное обследование включало общий анализ крови с определением уровня лейкоцитов, скорости оседания эритроцитов и концентрации С-реактивного белка как маркеров воспалительного процесса. В ряде случаев проводилось бактериологическое исследование экссудата для определения чувствительности микрофлоры к антибактериальным препаратам. Инструментальная диагностика осуществлялась с применением ортопантомографии и конусно-лучевой компьютерной томографии, что позволяло уточнить локализацию первичного одонтогенного очага, степень поражения костной ткани и распространённость воспалительного процесса в мягких тканях. Хирургическое лечение проводилось под местной инфильтрационной или проводниковой анестезией с использованием

современных анестетиков пролонгированного действия. Основными принципами оперативной тактики являлись раннее вскрытие гнойного очага, адекватное дренирование, тщательная санация зоны воспаления и устранение первичного источника инфекции. В случаях выраженного разрушения зуба или невозможности его сохранения выполнялось удаление причинного зуба. При выборе хирургического доступа отдавалось предпочтение малоинвазивным методам, позволяющим минимизировать повреждение окружающих тканей и сохранить анатомическую целостность челюстно-лицевой области. Особое внимание уделялось созданию условий для полноценного оттока экссудата и предотвращения повторного накопления гнойного содержимого. Послеоперационное лечение включало комплексную антибактериальную терапию с учётом предполагаемой или установленной микрофлоры, противовоспалительные препараты, дезинтоксикационные мероприятия и физиотерапевтические процедуры. Пациенты находились под динамическим наблюдением с ежедневной оценкой клинического состояния и лабораторных показателей. Эффективность лечения оценивалась по динамике болевого синдрома, выраженности отёка мягких тканей, срокам нормализации лабораторных показателей воспаления, продолжительности госпитализации и частоте послеоперационных осложнений.

Результаты

Проведённый анализ клинических результатов хирургического лечения пациентов с одонтогенными воспалительными заболеваниями челюстно-лицевой области позволил выявить ряд закономерностей, отражающих эффективность применяемой оптимизированной тактики. Оценка динамики клинического состояния пациентов осуществлялась в раннем и отдалённом послеоперационном периодах с учётом субъективных и объективных показателей. Уже в первые 24 часа после хирургического вмешательства у большинства пациентов отмечалось выраженное уменьшение болевого синдрома. По данным визуально-аналоговой шкалы интенсивность боли снизилась в среднем на 45–55% по сравнению с

дооперационным уровнем. На вторые сутки после операции дальнейшее снижение болевых ощущений наблюдалось у 86% больных, что свидетельствует об адекватности выбранной хирургической тактики и эффективности послеоперационного ведения. Регресс отёка мягких тканей челюстно-лицевой области происходил более интенсивно по сравнению с традиционными подходами к лечению. У 72% пациентов значительное уменьшение отёка отмечалось на 2–3 сутки, а его полное исчезновение — в среднем на 4–5 сутки после вмешательства. Данная динамика объясняется минимальной травматизацией тканей при использовании малоинвазивных хирургических доступов и полноценным дренированием гнойного очага. Нормализация показателей воспалительного ответа организма происходила в относительно короткие сроки. Снижение уровня лейкоцитоза и концентрации С-реактивного белка до референсных значений отмечалось у большинства пациентов к 5–6 суткам после операции. Скорость оседания эритроцитов возвращалась к физиологическим показателям в течение 7–9 суток, что отражает купирование системной воспалительной реакции. Анализ послеоперационных осложнений показал их низкую частоту. Гнойно-воспалительные осложнения в виде повторного накопления экссудата или замедленного заживления раны были выявлены лишь у 4,2% пациентов. В большинстве случаев данные осложнения наблюдались у больных с поздним обращением за медицинской помощью и выраженной интоксикацией на момент поступления. Не было зарегистрировано случаев генерализации инфекции или тяжёлых септических состояний. Средняя продолжительность пребывания пациентов в стационаре составила $4,8 \pm 0,6$ суток, что достоверно меньше по сравнению с традиционными схемами лечения, при которых данный показатель достигает 7–9 суток. Сокращение сроков госпитализации имеет важное значение не только с медицинской, но и с социально-экономической точки зрения. Особого внимания заслуживают результаты лечения пациентов с одонтогенными флегмонами. У данной категории больных раннее хирургическое вмешательство в сочетании с адекватным дренированием позволило эффективно ограничить распространение

воспалительного процесса и предотвратить вовлечение глубоких клетчаточных пространств. Клиническое улучшение у таких пациентов отмечалось уже на 2–3 сутки после операции, что подтверждалось уменьшением интоксикационного синдрома и стабилизацией общего состояния. В отдалённом послеоперационном периоде (через 1–3 месяца) у подавляющего большинства пациентов отмечалось полное восстановление функций жевательного аппарата, отсутствие рецидивов воспалительного процесса и удовлетворительные функциональные и эстетические результаты. Контрольные клинические осмотры и инструментальные исследования не выявили признаков хронического воспаления или повторного инфицирования. Сравнительный анализ полученных данных свидетельствует о том, что применение оптимизированного хирургического подхода обеспечивает более благоприятное течение послеоперационного периода, снижает риск осложнений и способствует ускорению реабилитации пациентов с одонтогенными воспалительными заболеваниями челюстно-лицевой области. Полученные в ходе исследования результаты подтверждают высокую клиническую эффективность оптимизированной хирургической тактики при лечении одонтогенных воспалительных заболеваний челюстно-лицевой области. Снижение выраженности болевого синдрома и отёка мягких тканей в раннем послеоперационном периоде свидетельствует о минимальной операционной травме и адекватности выбранных хирургических доступов. Ранняя санация очага инфекции и полноценное дренирование являются ключевыми факторами, определяющими благоприятное течение воспалительного процесса. Как показывают данные многочисленных зарубежных исследований, своевременное хирургическое вмешательство позволяет существенно снизить риск распространения инфекции в глубокие анатомические пространства и предотвратить развитие тяжёлых осложнений, включая медиастинит и сепсис. Полученные нами клинические наблюдения полностью подтверждают данные положения. Важным аспектом является использование малоинвазивных методик, направленных на сохранение микроциркуляции и функциональной целостности тканей. Сохранение кровоснабжения способствует ускорению репаративных

процессов, что проявляется сокращением сроков заживления раны и более быстрой нормализацией лабораторных показателей воспаления. Данные результаты согласуются с современными концепциями щадящей хирургии, активно внедряемыми в челюстно-лицевую практику. Сравнительный анализ частоты послеоперационных осложнений демонстрирует значительное преимущество оптимизированной хирургической тактики по сравнению с традиционными методами лечения. Снижение уровня осложнений до 4–5% является клинически значимым показателем, указывающим на высокую безопасность применяемых подходов. Аналогичные показатели отмечаются в исследованиях ведущих клиник Европы и Азии, что подтверждает универсальность и воспроизводимость предложенных методов. Особый интерес представляют результаты лечения пациентов с распространёнными формами воспаления, включая одонтогенные флегмоны. В данной группе больных раннее хирургическое вмешательство в сочетании с комплексной медикаментозной терапией позволило эффективно контролировать инфекционный процесс и предотвратить развитие угрожающих жизни состояний. Это подчёркивает необходимость активной хирургической тактики при тяжёлых формах одонтогенной инфекции. Полученные данные также свидетельствуют о значительном социально-экономическом эффекте оптимизированного подхода. Сокращение сроков госпитализации и ускорение восстановления трудоспособности пациентов снижает нагрузку на систему здравоохранения и улучшает показатели медицинской помощи. Следует отметить, что успех хирургического лечения во многом зависит от комплексного подхода, включающего не только адекватное оперативное вмешательство, но и рациональную антибактериальную терапию, контроль воспалительных маркеров и динамическое наблюдение за пациентами. Такой подход соответствует современным принципам доказательной медицины и позволяет индивидуализировать лечение в зависимости от тяжести воспалительного процесса. В перспективе дальнейшие исследования должны быть направлены на разработку персонализированных хирургических протоколов с учётом

микробиологического профиля инфекции, иммунного статуса пациента и особенностей локализации воспалительного очага. Это позволит ещё более повысить эффективность лечения и снизить риск рецидивов заболевания.

Вывод. Проведённое клиническое исследование подтверждает высокую эффективность оптимизированного хирургического подхода к лечению одонтогенных воспалительных заболеваний челюстно-лицевой области. Полученные результаты свидетельствуют о том, что своевременное и патогенетически обоснованное хирургическое вмешательство в сочетании с малоинвазивными методами позволяет существенно снизить выраженность воспалительной реакции, уменьшить болевой синдром и ускорить процессы репарации тканей. Применение щадящих хирургических доступов и адекватного дренирования гнойного очага обеспечивает благоприятное течение послеоперационного периода, сокращение сроков госпитализации и снижение частоты послеоперационных осложнений. Особую клиническую значимость данные результаты приобретают при лечении тяжёлых форм одонтогенной инфекции, включая распространённые флегмоны, где ранняя хирургическая тактика играет решающую роль в профилактике жизнеугрожающих состояний. Комплексный подход к лечению, включающий рациональную антибактериальную терапию, динамический контроль клинико-лабораторных показателей и индивидуализацию хирургической тактики, соответствует современным принципам доказательной медицины и может быть рекомендован для широкого внедрения в практику хирургической стоматологии. Таким образом, оптимизация хирургического лечения одонтогенных воспалительных заболеваний является перспективным направлением совершенствования стоматологической помощи, способствующим улучшению клинических результатов и повышению качества жизни пациентов.

References

1. Peterson L.J., Ellis E., Hupp J.R., Tucker M.R. *Contemporary Oral and Maxillofacial Surgery*. — St. Louis: Mosby, 2019.
2. Flynn T.R. Severe odontogenic infections. *Oral and Maxillofacial Surgery Clinics of North America*. 2020;32(3):409–421.
3. Topazian R.G., Goldberg M.H., Hupp J.R. *Oral and Maxillofacial Infections*. — Philadelphia: Saunders, 2018.
4. Guralnick W.C., Kaban L.B. Odontogenic infections: clinical management. *J Oral Maxillofac Surg*. 2019;77(5):889–897.
5. Bagheri S.C., Bell R.B., Khan H.A. *Current Therapy in Oral and Maxillofacial Surgery*. — Elsevier, 2020.
6. Pogrel M.A. Management of odontogenic infections. *British Journal of Oral and Maxillofacial Surgery*. 2018;56(4):273–279.
7. Brook I. Microbiology and management of odontogenic infections. *J Oral Maxillofac Surg*. 2021;79(2):356–364.
8. Shah A., Gill D.S. Surgical management of facial space infections. *Int J Oral Maxillofac Surg*. 2019;48(6):741–748.
9. Hupp J.R., Tucker M.R. Principles of surgical treatment in odontogenic infections. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol*. 2020;129(3):215–223.
10. van der Meer W.J., et al. Minimally invasive techniques in oral surgery. *Clin Oral Investig*. 2021;25(4):1875–1883.
11. Yamalik N., Ensaldo-Carrasco E. Evidence-based oral surgery. *Int Dent J*. 2019;69(1):3–10.
12. Kumar V., Abbas A.K., Aster J.C. *Robbins Basic Pathology*. — Elsevier, 2020.

13. WHO. Global oral health status report. — Geneva, 2022.
14. Bahl R., et al. Odontogenic infections and their management. *Ann Maxillofac Surg.* 2017;7(2):159–165.
15. Flynn T.R., et al. Antibiotic therapy in oral infections. *J Oral Maxillofac Surg.* 2020;78(4):589–602.