

8. Alisher Norbutaev, Nodira Nazarova. Assessment of the results of the level of oligopeptides of average molecular mass in the oral fluid of employees in the production of ammonium and nitrate saltpeter. *Frontline medical sciences and pharmaceutical journal* 1(8): 2021, 24-34.
9. Rizayev Jasur Alimjanovich, Nazarova Nodira Sharipovna, Nasreddinova Maxzuna Taxsinovna. (2021). Improving The Treatment Of Paradontic Diseases With The Help Of Immunomodulating And Probiotic Drugs. *The American Journal of Medical Sciences and Pharmaceutical Research*, 3(08), 44–50.
10. Rizayev Jasur Alimjanovich, Nazarova Nodira Sharipovna. Assessment of changes in the condition of parodont tissues in workers exposed to exposure to epoxy resin. *The American journal of medical sciences and pharmaceutical research* 2019, №2 P 14-17.
11. Рузаев Ж.А., Назарова Н.Ш. Состояние местного иммунитета полости рта при хроническом генерализованном парадонтите. *Вестник науки и образования* 2020. № 14 (92). Часть 4. С 35-40.
12. Alisher Norbutaev, Nodira Nazarova. Ammiak va nitrat selitrasi ishlab chiqarishda ishlaydiganlar og'iz suyuqligida o'rta molekulyar og'irlikdagi oligopeptidlar darajasining natijalarini baholash. *Society and innovations*. 25 October 2021, P. 168-176.

УДК: 616.314.163/.165-002.1-06-07

ПРОБЛЕМЫ РАННЕЙ ДИАГНОСТИКИ ОСТРЫХ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПЕРИАПИКАЛЬНЫХ ТКАНЕЙ И ИХ ПОСЛЕДСТВИЯ

М.И. Азимов¹, К.Э. Шомуродов¹, Р.Г. Шаева², Р.С. Мирхусанова¹

¹ *Ташкентский государственный стоматологический институт, Яшнабадский район, ул. Махтумкули, 103, 100047, Ташкент.*

² *Бухарский государственный медицинский институт, улица Навои, 1, 200118, Бухара.*

PROBLEMS OF EARLY DIAGNOSIS OF ACUTE INFLAMMATORY DISEASES OF PERIAPICAL TISSUES AND THEIR CONSEQUENCES

M.I. Azimov¹, K.E. Shomurodov¹, R.G. Shaeva², R.S. Mirkhusanova¹

¹ *Tashkent State Dental Institute, Yashnabad district, 103 Makhtumkuli str., 100047, Tashkent.*

² *Bukhara State Medical Institute, 1 Navoi Street, 200118, Bukhara.*

АННОТАЦИЯ

Неуклонный рост одонтогенных воспалительных заболеваний, утяжеление клинического течения, склонность к генерализации процесса, септическим осложнениям и неблагоприятным исходам связаны с ошибками в диагностике и лечении острой зубной боли в догоспитальном периоде, которые приводят к распространению воспалительного процесса в окружающие ткани и утяжелению гнойного процесса. Осуществлён анализ данных о тесной взаимосвязи общего состояния со сроком госпитализации больных и длительностью лечения в

отделении, а также затрат на лечение одонтогенных воспалительных заболеваний. Доказано значение своевременной и правильной помощи при острой зубной боли в догоспитальном периоде, а также важность формирования у врачей-стоматологов чётких представлений о динамике распространения гнойного воспалительного процесса.

Ключевые слова: одонтогенные воспалительные заболевания, госпитализация, инвалидизация, периапикальные ткани, острая зубная боль.

ABSTRACT

The steady growth of odontogenic inflammatory diseases, the aggravation of the clinical course, the tendency to generalize the process, septic complications and unfavorable outcomes are associated with errors in the diagnosis and treatment of acute toothache in the pre-hospital period, which lead to the spread of the inflammatory process into the surrounding tissues and the aggravation of the purulent process. The analysis of data on the close relationship of the general condition with the duration of hospitalization of patients and the duration of treatment in the department, as well as the costs of treatment of odontogenic inflammatory diseases, was carried out. The importance of timely and proper care for acute toothache in the pre-hospital period, as well as the importance of forming clear ideas about the dynamics of the spread of purulent inflammatory process among dentists, is proved.

Keywords: odontogenic inflammatory diseases, hospitalization, disability, periapical tissues, acute toothache.

В последние годы число больных одонтогенным остеомиелитом, с абсцессами и флегмонами прилежащих мягких тканей значительно увеличилось. Появилась отчётливая тенденция к росту числа атипичных, торпидных форм воспалительных заболеваний с переходом в хронические, выросло количество осложнений и рецидивов этих заболеваний. Наблюдается неуклонный рост этих болезней, утяжеление клинического течения, склонность к генерализации процесса, септическим осложнениям и неблагоприятным исходам [1, 2].

В настоящее время вопросы одонтогенных инфекций рассматриваются не только как чисто хирургическую проблему, так как частота воспалительных заболеваний челюстно-лицевой области во многом зависит от своевременности диагностики и эффективности лечения кариеса и его осложнений. Поспешность при сборе анамнеза, значительные упущения, неверный подход при анализе результатов исследований приводят к тому, что локальный патологический процесс становится разлитым, занимающим челюстную кость и прилежащие мягкие ткани [3, 4].

Социально незащищенные и малообеспеченные слои населения плохо информированы о кариесе и его осложнениях. Они боль в зубе лечат обезболивающими таблетками тем самым создают условия для распространения гнойной инфекции в кость и прилежащие мягкие ткани. Отсутствие необходимых специалистов в отдалённых областях вынуждают больных из сельской местности ехать в административные центры или в большинстве случаев в столицу, что также отнимает ценное время, усугубляет патологический процесс, затягивает весь процесс оказания неотложной медицинской помощи и в дальнейшем снижает эффективность проводимого лечения. Все это способствует увеличению числа больных с одонтогенными воспалительными заболеваниями с агрессивным течением и распространением инфекции на клетчаточные пространства лица и шеи. Пациенты теряют трудоспособность на долгий срок, что также негативно отражается на их материальном и социальном положении. Нередко происходит генерализация инфекции и развиваются такие опасные, угрожающие жизни осложнения как медиастинит, тромбофлебит лицевых вен, тромбоз кавернозного синуса, сепсис и др. Наблюдаются и случаи смерти пациентов от вышеперечисленных тяжёлых осложнений [5, 6, 7].

В большинстве случаев даже при успешном лечении последствия вышеперечисленных осложнений приводят к инвалидизации населения, длительной или полной потере трудоспособности, что усложняет финансовое положение всей семьи. К тому же препараты, применяемые в процессе данного лечения, чаще всего по ценовой категории наносят ущерб не только семье, но и

бюджету государственных лечебных учреждений. Из этого следует, что проблема ненадлежащей профилактической работы, нехватки специалистов в сельской местности, отсутствие оборудования для неинвазивных методов диагностики и правильного лечения одонтогенных воспалительных заболеваний имеет не только медицинское, но и важное социально-экономическое значение.

Цель исследования. Изучить ошибки в диагностике и лечении острой зубной боли в догоспитальном периоде и их последствия.

Материал и методы. В течение 2019-2020 гг. под нашим наблюдением в клинике взрослой хирургической стоматологии (ВХС) Ташкентского государственного стоматологического института (ТГСИ) находились 441 пациент с одонтогенными воспалительными заболеваниями челюстно-лицевой области. 90% больных поступили в клинику по экстренным показаниям. При поступлении в клинику собирался подробный анамнез жизни и заболевания, пациентам проводили общеклинические лабораторные анализы, необходимые для оказания неотложной помощи. Все больные осматривались дежурным хирургом-стоматологом, челюстно-лицевым хирургом. При сборе анамнеза уделялось большое внимание развитию заболевания. Выясняли, когда и как возникла острая боль в зубе, на какой день больной обратился к стоматологу, какие манипуляции были выполнены, было ли облегчение после вмешательства, какие назначения были выполнены, на какой день после вмешательства ухудшилось состояние и был госпитализирован в клинику. План оперативного вмешательства обсуждался совместно с анестезиологом, по показаниям проводили дополнительные специальные исследования. При тяжёлом состоянии больного до оперативного вмешательства проводили инфузионную терапию, направленную на нормализацию функций жизненно важных органов и систем организма. Оперативное вмешательство как правило проводилось после премедикации и под внутривенным наркозом. Во время оперативного вмешательства хирург уточнял локализацию патологического процесса в челюсти, её характер, объём поражения, распространённость в мягких тканях. По завершении оперативного вмешательства с учётом анамнеза и объективных данных устанавливали

клинический диагноз. Все больные в остром периоде получали стационарное лечение на протяжении 7-10 дней. В восстановительный период после операции проводилась противовоспалительная, дезинтоксикационная, общеукрепляющая, десенсибилизирующая терапии и т.д. По показаниям им проводили дополнительные клиничко-лабораторные исследования и коррекцию лечения. Нами проведён анализ всей медицинской документации; статистическими методами определялись средняя длительность периода лечения и потери пациентом трудоспособности, средняя стоимость лечения воспалительных заболеваний ЧЛО в зависимости от распространённости патологического процесса и количества поражённых анатомических зон; подсчитывался материальный ущерб бюджету, нанесённый вследствие несвоевременного лечения заболеваний зубочелюстной системы в догоспитальный период.

Результаты и обсуждение. В период 2019-2020 гг. в клинику взрослой хирургической стоматологии Ташкентского государственного стоматологического института поступили 441 больных с одонтогенными воспалительными заболеваниями челюстно-лицевой области. Из них 74 пациента из города Ташкента, 209 пациентов из Ташкентской области, 158 – из других областей республики, т.е. городское население составило 16,8%.

Распределение больных в зависимости от формы воспалительного процесса, пола и возраста представлено в Таблице 1.

Таблица 1.

Распределение больных в зависимости от формы воспалительного процесса, пола и возраста

Форма острого одонтогенного воспалительного заболевания	2019-2020 гг.						ВСЕГО
	19-30 лет		31-50 лет		50 лет и старше		
	Ж	М	Ж	М	Ж	М	
Острый серозный остит	4	2	8	9	4	6	33
Острый гнойный остит	3	2	7	8	4	4	28
Острый одонтогенный остеомиелит челюсти, осложнённый абсцессами и флегмонами 1-2	4	3	10	8	4	5	34

анатомических пространств							
Острый одонтогенный остеомиелит челюсти, осложнённый абсцессами и флегмонами 2 и более анатомических пространств	49	61	72	87	33	44	346
ВСЕГО	60	68	97	112	45	59	441

Таблица 2. Распределение больных по срокам госпитализации и общему состоянию больных

Форма острого одонтогенного воспалительного заболевания	Сроки госпитализации								
	2-3 день			4-6 день			7< день		
	удовл	средн	тяж	удовл	средн	тяж	удовл	средн	тяж
Острый серозный остит	19	-	-	8	-	-	6	-	-
Острый гнойный остит осложнённый периоститом	8	-	-	12	2	-	6	-	-
Острый одонтогенный остеомиелит челюсти, осложнённый абсцессами и флегмонами 1-2 анатомических пространств	1	8	1	4	12	1	-	5	2
Острый одонтогенный остеомиелит челюсти, осложнённый абсцессами и флегмонами 2 и более анатомических пространств	-	20	-	-	115	11	-	171	29
ВСЕГО	28	28	1	24	129	12	12	176	31

Из 74 больных из города Ташкента 51 больных на 2-3 день после появления острых болей в зубе обратились к стоматологу по месту жительства. Из анамнеза установлено, что при обращении к стоматологу у всех больных имелись признаки

острого серозного остита: припухлость на лице, мягкая на ощупь, малоболезненная при пальпации, болезненный отёк переходной складки, подвижность поражённого зуба. Всем больным оказана помощь – дан отток через корневой канал с промыванием очага антисептиками (в подавляющей части случаев гипохлоритом натрия), в некоторых случаях была оставлена повязка с антисептиком. Больные почувствовали временное облегчение, через 6-12 часов боль возобновилась, припухлость стала нарастать, повысилась температура тела, ухудшилось общее состояние, что свидетельствует о развитии гнойного воспалительного процесса в костной ткани в пределах пародонта причинного зуба. Проведённые лечебные мероприятия при остром серозном остите не только оказались малоэффективными, но и способствовали распространению гнойного процесса в прилежащие ткани.

Больным в большинстве случаев помощь была ограничена оттоком через корневой канал, назначением полоскания полости рта антисептиками. Из 74 больных только 5 были назначены антибиотики внутрь. 11 больных занимались самолечением: принимали обезболивающие, антибиотики, прикладывали тепло или нагревающие повязки. Со слов больных это снимало боль, но способствовало нарастанию припухлости, её уплотнению, увеличению болезненности.

Остальные больные повторно не обратились лечащему врачу и на 3-4 день обратились в клинику ТГСИ и были госпитализированы в стационар.

Таблица 3. Продолжительность лечения в зависимости от формы острого одонтогенного воспалительного заболевания и затраты на стационарное лечение

Форма острого одонтогенного воспалительного заболевания	Удовлетворительное		Средней тяжести		Тяжёлое	
	Койко-дней	Затраты на лечение (сум)	Койко-дней	Затраты на лечение (сум)	Койко-дней	Затраты на лечение (сум)
Острый серозный остит	-	-	-	-	-	-
Острый гнойный остит осложнённый	-	-	1	315 000	-	-

периоститом						
Острый одонтогенный остеомиелит челюсти, осложнённый абсцессами и флегмонами 1-2 анатомических пространств	3	636 000	5	1 018 000	7	1 251 000
Острый одонтогенный остеомиелит челюсти, осложнённый абсцессами и флегмонами 2 и более анатомических пространств	-	-	5	1 329 000	7	1 569 000

В отделении пациентам проводили необходимые обследования (ОАК, ОАМ, рентгенография, ЭКГ и др.), для оказания неотложной помощи. Все больные осматривались дежурным хирургом-стоматологом, челюстно-лицевым хирургом, анестезиологом, совместно обсуждался объём оперативного вмешательства, по показаниям проводили дополнительные специальные исследования и консультации других специалистов при наличии сопутствующих заболеваний.

После госпитализации в отделение для выполнения операции вскрытия флегмоны и удаления причинного(ых) зуба(ов) некоторым больным по показаниям была выполнена премедикация. В среднем пребывание пациента в отделении ЧЛО длилось 6-7 дней. После выписки в течении 3-4 дней больным проводилась перевязка в поликлинике ВХС, далее данная процедура выполнялась в поликлинике по месту жительства в течении 5-7 дней. По подсчётам только средняя стоимость лекарств, используемых в процессе лечения флегмон, составила 402 400 сум. Сумма варьирует в зависимости от тяжести воспалительного процесса, количества поражённых анатомических областей,

общего состояния организма пациента, а также от длительности лечения и комплекса проводимой медикаментозной терапии. В нашем случае стоимость варьировала от 239 000 сум до 729 000 сум (напоминаем, что в сумму не входила оплата за обследования (ЭКГ, рентген и др.), лабораторные анализы (ОАК, ОАМ и др.), пребывание в отделении). Следует отметить, что приём медикаментов продолжался и после выписки, что также составило определённую сумму.

Наблюдались случаи повторного обращения пациентов в клинику ТГСИ с такими осложнениями как острый остеомиелит или обострение хронического остеомиелита, что было связано с несоблюдением правил асептики и антисептики (занесением инфекции в процессе перевязок) и рекомендаций лечащего врача по уходу за поражённой областью и приёму необходимых лекарств. В таких случаях приходилось назначать пациенту лекарственную (противовоспалительную, дезинтоксикационную, общеукрепляющую, десенсибилизирующую и т.д.) терапию и ждать некоторое время образования секвестров для выполнения операции секвестрэктомии, что также приводило к временной потере трудоспособности пациента. После секвестрэктомии было необходимо оперативное вмешательство для устранения дефекта костной ткани челюсти, что также требовало определённого количества времени и материальных средств. Следует отметить, что данная категория пациентов в дальнейшем имела проблемы с височно-нижнечелюстным суставом и нуждалась в помощи ортодонта (срок лечения составил в среднем 1 год).

Также отмечены случаи распространения инфекции в другие смежные области еще до вскрытия флегмоны, что приводило к такому грозному осложнению, как медиастинит, который требовал немедленной дислокации пациента и госпитализации в отделение гнойной хирургии Ташкентской медицинской академии. В среднем лечение медиастинита заняло 18-20 дней. Следует отметить, что в 2019-2020 гг. было зафиксировано 4 случая неблагоприятного исхода данного заболевания (летальный исход).

Выводы. Результаты исследования показали, что наиболее распространёнными причинами несвоевременного лечения острой зубной боли и

развития в дальнейшем осложнений воспалительных заболеваний челюстно-лицевой области являются поспешность и упущения при сборе анамнеза, неверный подход и значительная потеря времени с момента появления симптомов заболевания до оказания неотложной хирургической помощи и направления больных к необходимым специалистам. Данная проблема требует формирования у врачей-стоматологов чётких представлений о динамике распространения гнойного воспалительного процесса. Необходимо чётко представлять, что с каждым часом острый гнойный процесс имеет тенденцию к вовлечению окружающих тканей и ответственность за несвоевременно и некачественно оказанную помощь несёт врач, который первым принял пациента – не оказал квалифицированную помощь, потерял время, поздно направил больного в соответствующее лечебное учреждение.

Литература/References

1. Шомуродов К.Э. Особенности баланса цитокинов в десневой жидкости при одонтогенной флегмоне челюстно-лицевой области / Шомуродов К.Э. // *Врач-аспирант*. – 2010. – №42(5.1). – С. 187-192.
2. Азимов М.И., Ризаев Ж.А., Азимов А.М. К вопросу классификации одонтогенных воспалительных заболеваний // *Вестник проблем биологии и медицины*. – 2019. – № 4, том I (153). – С. 278-282.
3. Лепский В.В. Ошибки врача стоматолога при определении показаний к лечению заболеваний зубов и операции удаления зуба (Клинические наблюдения) // *Вестник проблем биологии и медицины*. – 2015. – № 4, том I (124). – С. 293-295.
4. Isomov M.M., Shomurodov K.E., Olimjonov K.J., Azimov I.M. Features of etiopathogenesis and the course of inflammatory processes of periapical tissues in women during pregnancy (review of literature) / Isomov M.M., Shomurodov K.E., Olimjonov K.J., Azimov I.M. // *Biomedicine and practice*. – 2020. – №SI-2. – Pp. 833-838.
5. Мусаев У.Ю., Ризаев Ж.А., Шомуродов К.Э. [Новые взгляды на проблему стигм дизэмбриогенеза зубочелюстной и лицевой системы с позиции их формирования в инвалидизации населения](#) // *Среднеазиатский научно-практический журнал "Stomatologiya"*. – 2017. – №3. – С. 9-12.
6. Абдуллаев Ш.Ю., Шомуродов К.Э. Использование низкочастотного ультразвука и актовегина в лечении одонтогенной флегмоны челюстно-лицевой области // *Врач-аспирант*. – 2011. – 46 (3.3). – С. 454-459.
7. Вагина И. Л., Истомина Н. С., Хеллинская Н. М., Глазков Ю. Б. Современный подход в комплексном лечении пациентов с гнойно-воспалительными заболеваниями челюстно-лицевой области // *Лазерная медицина*. – 2013. – Т.17. – № 3. – С. 20-23.