

кономерности, позволили перейти к исследованию цитомединов умерших людей. Во всех случаях исследованию подвергались рапы, которые были получены людьми незадолго до смерти и была известна последовательность их причинения. Было установлено, что количественные показатели пептидов не являются информативными в плане установления последовательности образования ран. При этом отмечена тенденция к снижению количества экстрагируемых веществ из второго повреждения.

Исследуемые соединения обладали, в большинстве случаев, стимулирующим воздействием на реакцию фагоцитоза нейтрофилов здоровых доноров. Однако цитомедины, выделенные из второй раны обладали меньшей активностью в реакции фагоцитоза. Под влиянием пептидов на-

блюдалось увеличение времени рекальцификации плазмы, АЧТВ, протромбинового и тромбинового времени. Причем отмечена достоверная разница между значениями данных показателей гемостаза у пептидов, полученных из первой и второй раны (табл.2).

Таким образом, в результате проведенных исследований отмечены изменения биологической активности цитомединов, полученных из ран, причиненных через короткий временной интервал. Установлено, что пептиды, выделенные из первого повреждения обладают более высокой активностью в отношении изученных показателей фагоцитоза и свертывающей системы крови. Результаты могут быть использованы в судебно-медицинской практике для определения последовательности причинения ран.

EFFECT OF PEPTIDES ISOLATED FROM WOUNDS OF DIFFERENT ANTIQUITY ON SOME PARAMETERS OF IMMUNITY AND HEMOSTASIS

G.I. Avkhodiev, O.V. Kuzmina, A.V. Zhukov.

(Chita State Medical Academy)

A comparative study of cytomedines obtained from wounds of different antiquity has been conducted. Their effects on phagocytic activity of neutrophils and parameters of coagulant activity in blood of healthy donors (recalcification time, activated partial thromboplastin time, prothrombin and thrombin time) were investigated. A significant difference between the first and second wound damage was found. It may be helpful in determining the sequence of wound damage in forensic medical practice.

Литература

1. Долгий О.Д., Осипович В.К., Ващенко В.И. Прimenение тималина и гепарина при глубоких ожогах // Роль пептидных биорегуляторов (цитомединов) в регуляции гомеостаза. - Л., 1987. - С.35-36.
2. Замятин А.А. Система природных физиологически активных пептидов // Физиол. журнал СССР им. И.М. Сеченова. - 1989. - Т.75, №5. - С.646-655.
3. Кузпик Б.И. Цитомедины и правило что, где, как и когда // Цитомедины. - Чита, 1996. - Вып.2. - С.6-10.
4. Патологическая физиология. Под ред. Н.Н. Зайко, Киев, "Вища школа", 1985. - С.125.
5. Чернух А.М. Воспаление. - М.: Медицина, 1979. - 447 с.

О ДАВААНИЯМ Л., НОРОВПИЛ Ц. -
УДК 617.52-002.36

ПРИЧИНЫ И СЛУЧАЙ ФЛЕГМОНЫ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ, ВСТРЕЧАЮЩИЕСЯ В УСЛОВИЯХ МОНГОЛИИ

А. Давааням, Ц. Норовпил.

(Монгольский государственный медицинский университет, ректор - д.м.н., проф. Ц. Лхавгасурэн, кафедра челюстно-лицевой хирургии, зав. - мед. мастер Л. Давааням)

Резюме. Исследованы материалы от 2277 больных с челюстно-лицевой флегмоной. Больные с челюстно-лицевыми флегмонами составили 21,5%, госпитализированных в отделение челюстно-лицевой хирургии, они же занимают 50,56% среди всех воспалительных заболеваний в челюстно-лицевой области. Основными причинами флегмоны является одонтогенный фактор в 72% случаев, а воспалительные заболевания регионарных лимфатических узлов - 24,7%. Заболевание 1-2-х моляров обеих челюстей чаще вызывали флегмоны локализованные в подчелюстном (40%) и крылочелюстном пространстве (16%). Высоко чувствительные к клафарану, эритромицину и гентамицину бактерии типа *Staphylococcus aureus* (47%) и *Staphylococcus epidermicus* (33%) наиболее чаще обнаружены были среди возбудителей флегмон челюстно-лицевой области.

Одной из неотложных проблем челюстно-лицевых хирургов является острая гнойная инфекция в этой области. Ряд авторов отмечают что, несмотря на мероприятия по профилактике и лечению, гнойная инфекция с годами вновь растет, увеличивается летальность от тяжелых осложнений [1,2,3,4,5,6,7,8,9].

По данным нашего челюстно-хирургического отделения растет число больных с воспалительными заболеваниями, в частности, флегмоной челюстно-лицевой области, как и грозные осложне-

ния, представляющие опасность для жизни больных, что побудило к данному исследованию.

Материалы и методы

Исследования проводились в челюстно-лицевых хирургических отделениях Республиканской центральной клинической больницы и Научно-исследовательского центра Матери и ребенка с 1988 по 2000 гг. За это время обследовано 2277 больных, находившихся на стационарном лечении. Бактериологические исследования проведены у 880 больных с флегмонами челюстно-лицевой области.

Таблица 1.

Число больных с флегмонами челюстно-лицевой области по отношению к общему числу пролеченных в стационаре

Группы	Кол-во пролеченных по годам														М±m
	1988	1989	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	итоги	
Всех больных, п	868	1050	873	934	900	1008	1054	1175	1398	1505	1255	1240	1221	1445	.
Больных с флегмоной, п	139	168	207	143	179	242	232	235	277	256	255	268	270	3071	.
%	16±0,5	16±0,5	24±0,8	26±0,8	31±0,9	24±0,8	22±0,7	20±0,4	20±0,5	17±0,6	20±0,5	21±0,5	22±0,5	1	21±0,5

Результаты и обсуждение

Проведенные нами исследования показывают, что в 21,5% случаев среди всех больных челюстно-лицевого хирургического отделения лечатся с флегмонами, т.е. 1/5 от всех больных отделения (табл.1).

Из таблицы 2 видно, что среди воспалительных заболеваний челюстно-лицевой области флегмоны занимают 50,56%, или половину всех

воспалительных заболеваний челюстно-лицевой области.

Причинами возникновения флегмон в 72% (п - 1642) случаев является одонтогенные заболевания (рис.1), в 24,7% (п - 558) - вследствие заболеваний лимфатических узлов, в 3% (п - 71) - травмы и в 0,3% (п - 6) - местной анестезии (инъекции) по поводу удаления зубов.

Таблица 2.

Число с флегмонами относительно общего числа больных с воспалительными заболеваниями челюстно-лицевой области

Группы	Кол-во больных с флегмонами по отношению к числу с воспалительными заболеваниями, пролеченных по годам														М±m
	1988	1989	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	итоги	
Больные с восп. забол., п	327	362	431	467	452	464	447	465	541	513	506	530	531	6036	.
Больных с флегмоной, п	139	168	207	243	279	242	232	235	277	256	255	268	270	3071	.
%	42±0,8	46,4±0,8	48±0,8	52±1,0	61,7±0,7	52,1±0,8	51,9±0,8	50,5±0,8	51,2±0,7	49,9±0,8	50,4±0,9	50,6±1,0	50,8±1,0	1	50,56±0,8

Таблица 2.

Локализации одонтогенных флегмон

Область локализации	Частота локализаций одонтогенных флегмон										
	Под-нижне-челюст-ная	Крыло-челюст-ная	Под-массе-тараль-ная	Дно по-лости рта	Подбо-родоч-ная	Подви-сочная	Щек	Под-глазная	Височ-ная	Более 2-х	Итого
%	40±1,0	16±0,5	8±0,6	5±0,3	5±0,3	5±0,3	3±0,1	3±0,1	1±0,04	14±0,5	100,0

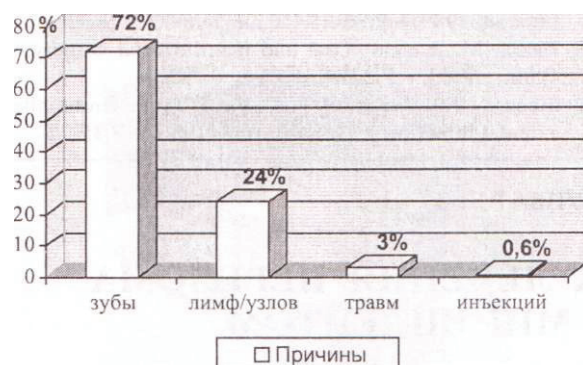


Рис.1. Причины флегмон челюстно-лицевой области

Причинами флегмон нижней челюсти на первом месте были заболевания первых больших коренных зубов (62%), на втором - большие коренные зубы (23%), на третьем - зубы мудрости (12%), а верхней челюсти - первые большие коренные зубы (59%), большие коренные зубы (35%) и зубы мудрости (6%) соответственно (рис.2).

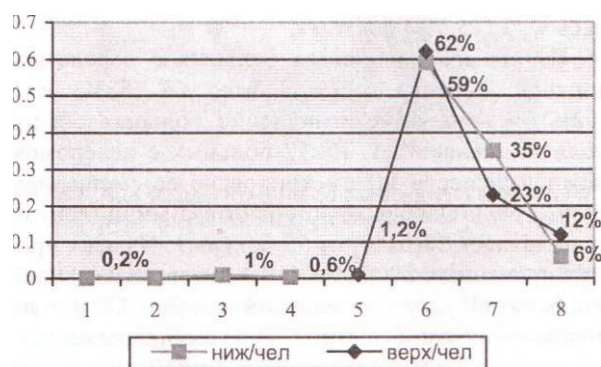


Рис.2. Причинные зубы флегмон челюстно-лицевой области

Флегмоны челюстно-лицевой области (табл.3) часто локализовались в поднижнечелюстном пространстве - в 40±1% случаев, затем крылочелюст-

ной - 16±0,5%, подмассетеральной - 8±0,6%, подбородочной и крыло-небной и подвисочной - по 5±0,3%, щечной и подглазничной - по 3±0,1%, височной - 1±0,04%, и комбинированной локализации, двух и более областях - 14±0,3%.

При посеве 880 проб материала от 880 больных с флегмоной аэробный рост наблюдался у 502 (57%) больных, золотистого стафилококка - у 248 (47%), эпидермального стафилококка - у 174 (33%), гемолитического стрептококка - у 69 (13%) и протей - у 36 (7%). Из выше приведенных данных видно, что среди возбудителей челюстно-лицевой гнойной инфекции наиболее распространенными являются золотистый и эпидермальный стафилококк. Однако с 1992 г. состав возбудителей данной гнойной инфекции резко изменился. На первое место по частоте выступили гемолитический стрептококк и протей.

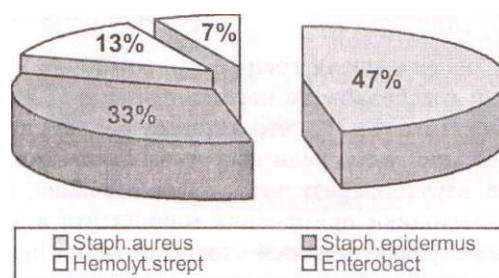


Рис.3. Виды возбудителей обнаруженных у больных с флегмонами челюстно-лицевой области

Результаты изучения антибиотикоустойчивости стафилококковых культур показали, что наиболее высокая чувствительность у всех видов отмечается к клафарону (золотистый стафилококк - 90%, эпидермальный стафилококк - 80%). Также высокими являются показатели чувствительности к гентамицину, эритромицину, левомицетину. Почти во всех случаях возбудители были устойчивыми к пенициллину.

THE INCIDENCE AND CAUSES OF MAXILLO-FACIAL FLEGMONS IN MONGOLIA

L. Davaanyam, Ts. Norovpil

(Mongolian National Medical University)

21 per cent of all patients at the department of maxillo-facial surgery has maxillo-facial flegmon. It amounts to 50,56% of all patients with maxillo-facial inflammatory diseases. 72 per cent of maxillo-facial flegmon has dental origin and 24,7 - lymphatic origin. The main cause of maxillo-facial flegmon is disorders of 6th and 7th teeth and flegmon mostly has submandibular (40%) and pterygomandibular (16%) location.

Flegmon mostly caused by *Staphylococcus aureus* (47%) and *Staphylococcus epidermicus* (33%). The causative agents are sensitive to clafaroni, gentamycin, erythromycin antibiotics.

Литература

1. Воложин А.М., Агапов В.С., Сашкина Т.И. Осложненное течение острого воспалительного процесса: ранняя диагностика и принципы лечения // Стоматология, 1995. - №1. - С.35-37.
2. Каршиев Х.К. Анализ смертности больных с гнойно-воспалительными заболеваниями 4J10 // Стоматология, 1997. - №5. - С.9-12.
3. Робустова Т.Г., Губин М.А., Хаританов Ю.М. Диагностика и лечение контактного одонтогенного медиастенита // Стоматология, 1996. — №6. - С.28-31.
4. Робустова Т.Г., Губин М.А., Царев В.Н. Пути профилактики и лечения распространенных воспалительных заболеваний 4J10 и их осложнений // Стоматология, 1995. - №1, - С.31-33.
5. Соловьев М.М. Воспалительные заболевания челюстно-лицевой области и шеи. - М.: Медицина, 1985. - С.245-259.
6. Ушаков Г.М. Диагностика и лечение гнойно-воспалительных заболеваний лица и шеи: Автореф. дисс. ... д-ра. мед наук: Москва, 1992.
7. Bulman J.S., Osbam J.F. Statistics in dentistry. - London, 1989. - P.86-95.
8. Daniel M., Laskin Oral and maxillofacial surgery. - 1980. - Vol.1. - P.219-251.
9. Mecurdy J.A, Macinnis F.L. Fatal mediastinitis after a dental infection // J. Oral surg. - 1987. - P.35-72.

© ХЭНТИЙ Л., ДАВААНЯМ Л., ГАНБААТАР Ю., ОЮУНБАТ Б. -
УДК 616.716.4-001.5

ВОПРОСЫ О РЕЗУЛЬТАТАХ ЛЕЧЕНИЯ ПЕРЕЛОМА НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ МИНИПЛЕЙТОМ

А. Хэнтий, А. Давааням, Ю. Ганбаатар, Б. Оюунбат.

(Монгольский государственный медицинский университет, ректор - проф. Ц. Лхагвасурэп, кафедра челюстно-лицевой хирургии; зав. - мастер Л. Давааням, Центральная республиканская клиническая больница, глав, врач - д.м.н. Ц. Мухар)

Резюме. Представлено описание методики операции остеосинтеза миниплейтом, фото и рентгенограмми, и результаты ее применения у 28 больных с переломом нижней челюсти со смещением.

От общего числа госпитализированных в последний год больные с переломом нижней челюсти составили 13,3%, что значительно больше чем в предыдущие годы среди населения Монголии. На основе изучения результатов исследования, анализов, методики применения миниплейта в зарубежных странах, в нашей стране успешно применяется миниплейт для лечения перелома нижней челюсти со смещением. Зарубежные ученые Rotter J. и Ellis E. 3rd (1996), опубликовали данные о результатах лечения миниплейтом, и о возможных последствиях [1]. Heibel H., Alt K.W. (1996), охарактеризовали тонкий и толстый слой кортикальной пластинки нижней челюсти [2,3,4]. Из всех методов, используемых при остеосинтезе (проволок, спиц) использование миниплейта, в настоящее время является наиболее совершенным как для хирургов, так и для больных [5,6,7,10].

Материалы и методы

Переломы нижней челюсти со смещением в 2001 году среди 452 пролеченных в отделении че-

люстно-лицевой хирургии при Центральной республиканской клинической больницы наблюдались у 72 (15,9%) больных.

Из общего количества больных с переломом нижней челюсти мужчин было 64 (88%) и 8 (12%) - женщин. Соотношение больных обоего пола составляло 8:1. Из 72 больных с переломом нижней челюсти зарегистрировано со смещением у 55 (76%). Операция остеосинтеза миниплейтом выполнялась 28(51%) из 55 больных. Из всех прооперированных 29 (53%) были с переломом нижней челюсти по углу со смещением и 26 (47%) - по шейке мыщелкового отростка со смещением.

Методика операции

Положение больного на спине. Наркоз эндотрахеальный с ИВЛ. Кожный разрез на 2 см ниже нижней челюсти длиной около 5 см (фото 2).

Подлежащие мягкие ткани послойно рассекают до костей. Потом рассекают надкостницу прямым распатором до обнаружения кости нижней челюсти (фото 3,5).

Таблица 1.

Частота встречаемости переломов нижней челюсти разной локализации

Год	Кол-во больных			Локализация переломов нижней челюсти							
	всего	переломы	%	угол	%	по шейке мыщелкового отростка	%	тело	%	подбородка	%
2001	452	72	15,9	29	40,0	24	33,0	11	16,0	8	11,0