

Лесогоров С.Ф., Джун Чой Ен, Ургуналиев Б.К., Туркменов А.А.,
Шаяхметов Д.Б., Курамаева У.К., Джураева С.Д.

DOI 10.25694/URMJ.2020.05.20

Эффективность хирургического метода дренирования (с применением марлевых турунд, пропитанных гипертоническим раствором) при лечении осложнения системной красной волчанки в виде острой одонтогенной флегмоны подчелюстной области справа

Кафедра хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии КГМА им. И.К. Ахунбаева, отделение челюстно-лицевой, реконструктивной и пластической хирургии Национального госпиталя Минздрава КР, г. Бешкек

Lesogorov S.F., Djun Choi En, Urgunaliyev B.K., Turkmenov A.A., Shayakhmetov D.B., Kuramaeva U.K., Dzhuraeva S.D.

The effectiveness of the surgical method of drainage (with application of gauze turundas, impregnated with a hypertensional solution) in the treatment of complications of systemic lupus erythematosus in the form of acute odontogenic phlegmon of the submandibular region on the right

Резюме

Цель исследования. Изучить эффективность хирургического метода дренирования (с применением марлевых турунд, пропитанных гипертоническим раствором) при лечении осложнения системной красной волчанки в виде острой одонтогенной флегмоны подчелюстной области справа.

Лечение осложнения системной красной волчанки (в виде одонтогенной флегмоны) затруднено в силу разнообразия и циклического характера клинических проявлений заболевания, что приводит к высокой летальности. Материалы и методы. В отделение челюстно-лицевой хирургии Национального госпиталя Министерства здравоохранения Кыргызской Республики 7 июня 2018 года поступила на стационарное лечение больная Эгембердиева З.Б 1997 г.р. с клиническим диагнозом: Системная красная волчанка. Одонтогенная флегмона подчелюстной области справа от 46 зуба, коллатеральный отёк подчелюстной области слева и боковой поверхности шеи с обеих сторон.

Под общим интубационным наркозом произведена операция вскрытия флегмоны дна полости рта справа и удаление 46 зуба. Назначено противовоспалительное, дезинтоксикационное, общеукрепляющее и симптоматическое лечение. Рекомендовано дальнейшее наблюдение и лечение у хирурга и ревматолога. Результаты. 14.06.2018 больная по улучшению состояния переведена на дальнейшее лечение в Национальный центр кардиологии и терапии им. академика М.Миррахимова. Заключение. Хирургический метод дренирования (с применением марлевых турунд, пропитанных гипертоническим раствором) при лечении осложнения системной красной волчанки в виде острой одонтогенной флегмоны подчелюстной области справа обладает положительной результативностью

Ключевые слова: системная красная волчанка (СКВ), одонтогенная флегмона подчелюстной области

Для цитирования: Лесогоров С.Ф., Джун Чой Ен, Ургуналиев Б.К., Туркменов А.А., Шаяхметов Д.Б., Курамаева У.К., Джураева С.Д., Эффективность хирургического метода дренирования (с применением марлевых турунд, пропитанных гипертоническим раствором) при лечении осложнения системной красной волчанки в виде острой одонтогенной флегмоны подчелюстной области справа, Уральский медицинский журнал, №05 (188) 2020, с. 86 - 93, DOI 10.25694/URMJ.2020.05.20

Summary

Objective of the study. To investigate the effectiveness of the surgical method of drainage (with the application of gauze turundas, impregnated with a hypertensional solution) in the treatment of complications of systemic lupus erythematosus in the form of acute odontogenic phlegmon of the submandibular region on the right. Treatment of complications of systemic lupus erythematosus (in the form of odontogenic phlegmon) is difficult due to the diversity and cyclical nature of the clinical manifestations of the disease, which leads to high mortality. Materials and methods. On June 7, 2018, patient Egemberdieva Z. B., born in 1997, was admitted to the Department of Maxillofacial Surgery of the National Hospital of the Ministry of Health of the Kyrgyz Republic with a clinical diagnosis of odontogenic phlegmon of the submandibular region to the right of the 46 tooth, collateral edema of the submandibular region to the left and lateral surface of the neck on both sides. Under general intubation anesthesia, an operation was performed to open the phlegmon of the day of the oral cavity to the right and to remove 46 teeth. Prescribed anti-inflammatory detoxification, restorative and symptomatic treatment. Further observation and treatment by a surgeon and rheumatologist. Results. 06/14/2018 patient to improve the condition was transferred to further treatment in the National Center for Cardiology and Therapy named after M. Mirrahimov. Conclusion. The surgical method of drainage (with the application of gauze turundas, impregnated with a hypertensional solution) in the treatment of complications of systemic lupus erythematosus in the form of acute odontogenic phlegmon of the submandibular region on the right has a positive effect

Keywords: systemic lupus erythematosus, odontogenic phlegmon of the submandibular region

For citation: Lesogorov S.F., Djun Choi En, Urgunaliev B.K., Turkmenov A.A., Shayakhmetov D.B., Kuramaeva U.K., Dzhuraeva S.D., The effectiveness of the surgical method of drainage (with application of gauze turundas, impregnated with a hypertensional solution) in the treatment of complications of systemic lupus erythematosus in the form of acute odontogenic phlegmon of the submandibular region on the right, Ural Medical Journal, No. 05 (188) 2020, p. 86 - 93, DOI 10.25694/URMJ.2020.05.20

Введение

Системная красная волчанка (СКВ) – системное аутоиммунное заболевание, характеризующееся гиперпродукцией органонеспецифических аутоантител к различным компонентам клеточного ядра с развитием иммуновоспалительного повреждения тканей и внутренних органов [1]. Больные СКВ имеют повышенный риск развития сопутствующих заболеваний, в частности сердечно-сосудистых, инфекционных, определенных форм рака, и осложнений, в том числе артериальной гипертензии (АГ), дислипидемии (ДЛП), сахарного диабета, остеопороза (ОП), аваскулярных некрозов костей, которые связаны с терапией СКВ или обусловлены самим заболеванием и являются основной причиной летальности у таких больных [2]. По мере увеличения продолжительности жизни на одно из первых мест (примерно у трети пациентов) в качестве причины смерти выходит сердечно-сосудистая патология [3, 4].

Распространенность СКВ составляет от 4 до 250 случаев на 100 тыс. населения. Пик заболеваемости приходится на 15–25 лет. Летальность при СКВ в 3 раза выше, чем в популяции. Ранняя смертность наиболее часто связана с активностью заболевания и присоединением вторичной инфекции [2]. Недавний обзор [5] подтверждает, что женщины имеют гораздо более высокую заболеваемость, чем мужчины. В среднем соотношение частоты СКВ у женщин и мужчин составляет 10–15:1 у взрослых и 3–5:1 у детей [6]. СКВ наиболее часто развивается в репродуктивном возрасте, во время беременности и в послеродовом периоде [2].

В Кыргызстане СКВ преимущественно болеют лица

женского пола (91,5%), молодого возраста (30 лет), кыргызской национальности (89,7%), из Северного региона республики (79,4%). В основу данной эпидемиологической статистики легли результаты обследования и данные архивных материалов 107 пациентов с СКВ, прошедших обследование и лечение в клинике Национального центра кардиологии и терапии им. академика М. Миррахимова (НЦКТ) в период с 2001 по 2011 г., и результаты проспективного наблюдения 75 из них до 2015 г. [7].

Этиология СКВ до настоящего времени остается неясной, что определяет трудности диагностики и лечения. Предполагается роль различных эндо- и экзогенных факторов, таких как генетическая предрасположенность, гормональные и внешнесредовые причины, инфекции [8].

Характерная особенность СКВ – многообразие клинических проявлений и вариантов течения. Болезнь может дебютировать 1–2 симптомами, однако для развернутой картины СКВ характерно полиорганное поражение. Клинические проявления существенно варьируют у разных больных и в разные периоды заболевания. Течение СКВ волнообразное, с чередованием ремиссий и обострений. При обострениях возможно вовлечение в патологический процесс новых органов и систем [2].

В мире активно используются более 60 различных индексов активности клинических проявлений СКВ, однако самыми валидными признаны BILAG и SELENA SLEDAI [2, 10]. Systemic Lupus Erythematosus Disease Activity Index (SLEDAI) включает 24 основных (16 клинических и 8 лабораторных) показателей СКВ. Путем множественного регрессионного анализа данных 574 пациентов значимость каждого из этих признаков опре-

делена в баллах от 1 до 8. Более серьезные проявления СКВ, такие как поражение нервной системы, поражение почек, васкулит, имеют более высокую балльную оценку, чем другие признаки [8]. В данный момент широко используется последняя версия British Isles Lupus Assessment Group (BILAG) от 2008–2009 гг., написанная Yee Chee-Seng и соавторами [11], которая содержит 97 признаков СКВ и также оценивает изменения по 9 органам и системам: конституциональные; кожи и слизистых оболочек; нейropsychические; скелетно-мышечные; сердца и дыхательной системы; желудочно-кишечные; офтальмологические; изменения почек и гематологические нарушения.

Наличие свыше 60 различных международных индексов активности СКВ говорит прежде всего о том, что до настоящего времени еще не создан совершенный метод оценки столь непредсказуемого и сложного в понимании заболевания, как СКВ [8].

Говоря про многообразие клинических проявлений активности и сопутствующих осложнений СКВ, следует отдельно отметить, что СКВ часто сопровождается инфекционными заболеваниями [12], в силу чего инфекционные клинические проявления СКВ часто попадают в «поле зрения» индексов активности.

В реальной клинической практике диагностика СКВ достаточно трудна, для установления диагноза часто требуется консультация опытного ревматолога и проведение специфических иммунологических тестов [10]. Согласно клиническим рекомендациям, диагностика СКВ должна включать исследование клинического анализа крови (уровень доказательности 1a (убедительность рекомендаций A) [13], проведение рентгенографии органов грудной клетки всем больным СКВ для выявления возможного поражения органов грудной клетки характерных для СКВ (уровень достоверности 1b (убедительности рекомендаций B) [13].

До настоящего времени в Кыргызской Республике не проводилось исследований по изучению СКВ и отсутствовала диспансеризация данных больных. Диагностика заболевания в республике также была затруднена отсутствием полноценного иммунологического обследования. Возможность его проведения появилась лишь с 2009 г. в двух лабораториях столицы (г. Бишкек), благодаря чему стало возможным осуществление адекватной диагностики с мониторингом клинико-иммунологических параметров заболевания согласно современным требованиям, и были созданы необходимые условия для проведения данного исследования в условиях Кыргызстана [7].

В клинической практике лечение больных СКВ представляет собой сложную задачу и требует четкого взаимодействия между врачами разных специальностей. Основные проблемы связаны с определением степени поражения того или иного органа, что в свою очередь влияет на выбор терапии и исход СКВ [14]. Цели терапии при СКВ – достижение длительной выживаемости, предупреждение необратимых органных повреждений и улучшение качества жизни [15]. Оценка эффекта терапии должна основываться на стандартизованном индексе

SLEDAI и BILAG, включающих клинико-лабораторные признаки поражения внутренних органов и систем (уровень достоверности 1b (убедительности рекомендаций B) [13]. Основная цель фармакотерапии СКВ — достижение ремиссии (или низкой активности) заболевания (уровень доказательности C), а также снижение риска коморбидных заболеваний (уровень доказательности C) [13].

Лечение пациентов с СКВ должно проводиться врачами-ревматологами (в виде исключения — врачом общей практики, но при консультативной поддержке врача-ревматолога) с привлечением специалистов других медицинских профилей (нефрологи, дерматологи, гематологи, кардиологи, невропатологи, психиатры и др.) и основываться на тесном взаимодействии врача и пациента (уровень доказательности C) [13].

СКВ-аутоиммунное заболевание, характеризующееся полиорганным поражением. Одним из серьезных осложнений СКВ считаются острые одонтогенные флегмоны челюстно-лицевой области (ЧЛЮ) и, в частности, острые одонтогенные флегмоны подчелюстной области справа. Таким образом, есть тесная связь между системной красной волчанкой и острой одонтогенной флегмоной. Лечение осложненных форм флегмон челюстно-лицевой области и шеи до сих пор является проблематичной и чрезвычайно актуальной задачей хирургической стоматологии. Количество больных, госпитализируемых в челюстно-лицевые стационары по поводу флегмоны и абсцессов, колеблется от 30 до 70% от общего числа госпитализируемых [16], а число хирургических больных челюстно-лицевого стационара с острыми воспалительными процессами челюстно-лицевой области и шеи насчитывает 68,5–61,3% [17]. Смертность при распространенных флегмонах лица и шеи составляет от 28 до 50% [17]. Согласно статистике, причиной развития патологического процесса в 65% являются анаэробно-аэробные ассоциации — у 65%, у 26% анаэробы и только у 6% больных аэробные возбудители.

Одонтогенная микрофлора полости зуба по корневому каналу распространяется в околоворужечный периодонт, а затем в окружающие зуб ткани. Именно такой — одонтогенный — путь инфицирования наблюдается в 98% случаев всех абсцессов и флегмон ЧЛЮ, и только у 2% причиной является неодонтогенная инфекция, когда распространение микрофлоры в ЧЛЮ происходит гематогенным, лимфогенным и контактным путем из других анатомических областей [18]. Данный вывод согласуется с результатами анализа (хирургической помощи больным с гнойно-воспалительными заболеваниями, получившими стационарное лечение в челюстно-лицевой хирургии Национального госпиталя КР с 2010 по 2012 год), в котором среди основных причин увеличения числа госпитализированных больных с острой одонтогенной инфекцией и возрастания тяжести ее течения, вплоть до летального исхода, явились значительное изменение микрофлоры, вызывающей воспалительные заболевания одонтогенного генеза [19].

Клинически диагностика флегмон проводится по выявлению основных признаков: 1) признак «причинного

зуба», являющегося источником инфекции, характерной локализации; 2) признак выраженности воспалительного инфильтрата, наиболее чётко визуально определяется при флегмонах поверхностной локализации. Обычно определяется при пальпации и служит достоверным признаком поражения конкретного пространства; 3) признак нарушения двигательной функции нижней челюсти, выражен у большинства глубоких флегмон области рта; 4) признак нарушения функций глотания и дыхания; 5) признак изменения общего состояния и лабораторных показателей (уровень убедительности рекомендации D (уровень достоверности доказательств 4) [20].

Рекомендуется проведение исследований крови и мочи (уровень убедительности рекомендации B (уровень достоверности доказательств 1)[20], проведение исследований крови и мочи, проведение рентгенологических и функциональных исследований (уровень убедительности рекомендации D (уровень достоверности доказательств 4) [20], проведение рентгенологического исследования (уровень убедительности рекомендации B (уровень достоверности доказательств 2) [20], проведение рациональной антибактериальной терапии в составе многокомпонентного комплексного лечения пациентов с одонтогенными воспалительными заболеваниями челюстно-лицевой области (уровень убедительности рекомендаций A (уровень достоверности доказательств - 1) [20].

Хирургическое лечение ЧЛО является основным методом и осуществляется согласно важнейшим принципам лечения больных с гнойной инфекцией, включающих в реализацию многокомпонентной программы лечебных мероприятий хирургическую санацию гнойного очага, удаление одонтогенной причины заболевания (чаще всего – причинного зуба) (уровень убедительности рекомендаций A (уровень достоверности доказательств - 1) [20]. Важной составляющей в местной терапии гнойных ран является адекватное дренирование. Оно обеспечивает отток гнойного экссудата, содержащего микроорганизмы и продукты тканевого распада, что препятствует прогрессированию инфекции, приводит к скорейшему переходу раневого процесса в фазу организации рубца и эпителизации. В современной хирургической практике широко применяется пассивный тип дренирования, при котором выделение тканевого содержимого происходит под действием силы тяжести. Дренаж располагается в нижней точке раневой полости. В качестве дренажей применяют резиновые полоски, полихлорвиниловые, силиконовые трубки, марлевые турунды, пропитанные гипертоническим раствором и обеспечивающие дополнительное осмотическое дренирование раны [21-25]. Применение марлевых тампонов должно быть ограничено, так как они быстро пропитываются гноем и превращаются в пробку, препятствующую дальнейшему оттоку экссудата [26].

Подводя итог сказанному, вопрос хирургического лечения осложнения системной красной волчанки в виде острой одонтогенной флегмоны подчелюстной области справа крайне актуален.

Цель исследования. Изучить эффективность хирургического метода дренирования (с применением марле-

вых турунд, пропитанных гипертоническим раствором) при лечении осложнения системной красной волчанки в виде острой одонтогенной флегмоны подчелюстной области справа.

Материалы и методы

В отделение челюстно-лицевой хирургии Национального госпиталя Министерства здравоохранения Кыргызской Республики 7 июня 2018 года поступил вызов по линии санавиации из г. Кара-Кол. В отделение реанимации областной больницы г. Кара-Кол поступила на лечение больная Эгембердиева З.Б. 1997 г.р. Со слов врача-стоматолога состояние больной крайне тяжелое. Из анамнеза: два дня назад лечила зуб на нижней челюсти справа в частной клинике, после чего появился отек в подчелюстной области, который стал нарастать и распространяться на дно полости рта и боковую поверхность шеи с обеих сторон. Обратилась в областную больницу г.Кара-Кол, в момент осмотра потеряла сознание и наступила остановка дыхания, реаниматологом была произведена интубация трахеи и подключение к ИВЛ. По телефонограмме было выяснено, больная страдает системной красной волчанкой и состоит на учете у ревматолога. Каретой скорой помощи в отделение реанимации областной больницы г.Кара-Кол доставлена бригада в составе врача ЧЛХ НГ МЗ КР и врача-ревматолога НЦКТ им.академика Миррахимова. Диагноз: системная красная волчанка (СКВ) осложненная одонтогенной флегмоны подчелюстной области справа.

При осмотре больная в сознание, на вопросы отвечает, в пространстве ориентируется. Положение вынужденное - лежа. Дыхание через интубационную трубку, самостоятельное. При осмотре лица отмечается асимметрия за счёт припухлости мягких тканей в области дна полости рта и боковой поверхности шеи с обеих сторон. Кожа в цвете над припухлостью не изменена. При пальпации определяется плотный, болезненный инфильтрат в подчелюстной области справа, слева в подчелюстной области и боковой поверхности шеи с обеих сторон отмечается коллатеральный отёк, болезненность по ходу кивательной мышцы. Открывание рта болезненно, глотание болезненно, больше справа. При осмотре полости рта: подъязычной области отмечается отёк и гиперемия слизистой, язык приподнят, но свободен при движении. 46 зуб под пломбой, перкуссия резко положительна, осиплость голоса, одышка. Отмечается назо-гостральный зонд и эндо-трахеальная трубка. На рентгенограмме грудной клетки от 07.06.2018 ОГК без особенностей. Больная консультирована по телефону торакальным хирургом. Данных за медиастинит нет. Из анамнеза больная находится на учёте у ревматолога по поводу СКВ. Неоднократно находилась на стационарном лечении в отделении ревматологии НЦК им. Миррахимова.

Анализы: 1. ОАК от 07.06.2018 - Нb-100 mg; Эp-3,0; Л-12*10/9; П-8; С-57; Э-2; Л-18; М-6. СОЭ-30 мл/ч.

2. Прокальцитонин – 30 нг/мл.

3. ОАМ от 07.06.2018 - уд. вес 1012; белок-0,3 г/л; Л-20-30; Э-10; П/Э-2.

Учитывая анамнез и локальный статус выставлен клинический диагноз: системная красная волчанка (СКВ). Одонтогенная флегмона подчелюстной области справа от 46 зуба, коллатеральный отёк подчелюстной области слева и боковой поверхности шеи с обеих сторон.

Лечение: Под общим интубационным наркозом произведена операция: вскрытие флегмоны дна полости рта справа и удаление 46 зуба. После обработки операционного поля отступая от края нижней челюсти на 2 см вниз, в подчелюстной области справа сделан разрез 8-12 см. Послойно рассечены мягкие ткани (кожа, подкожно-жировая клетчатка, m.platizma). Далее пройдено в подчелюстное пространство, получен густой гной в количестве 2,0-3,0, далее пройдено в подподбородочное, крыльовидно - нижнечелюстное, окологлоточное пространство справа, гноя нет. Туалет. Введены турунды в раны с гипертоническим раствором. Создана декомпрессия. Решено от разреза в подчелюстной области слева и боковых поверхностей шеи с обеих сторон воздержаться. На рану наложена асептическая повязка. Далее произведено удаление 46 зуба в полости рта. Из лунки удаленного зуба получен гной. Гемостаз. Назначено противовоспалительное дезинтоксикационное, общеукрепляющее и симптоматическое лечение.

Результаты и обсуждение

В отделение челюстно-лицевой хирургии Национального госпиталя Министерства здравоохранения Кыргызской Республики 7 июня 2018 года поступил вызов по линии санавиации из г. Кара-Кол. В отделение реанимации областной больницы г. Кара-Кол поступила на лечение больная Эгембердиева З.Б 1997 г.р. Учитывая анамнез и локальный статус выставлен клинический диагноз: Системная красная волчанка СКВ. Одонтогенная флегмона подчелюстной области справа от 46 зуба, коллатеральный отёк подчелюстной области слева и боковой поверхности шеи с обеих сторон. после экстренной операции: вскрытие флегмоны дна полости рта справа и удаление 46 зуба. 14.06.2018 больная по улучшению состояния переведена

на дальнейшее лечение в НЦКТ им. Миррахимова.

СКВ-заболевание системное, которое характеризуется полиорганным поражением [27].

Распространенным клиническим осложнением СКВ являются инфекционные поражения организма человека [28], включая поражения ЧЛО и (в частности) полости рта [29] в виде острых форм одонтогенных флегмон подчелюстной области справа, так как флегмоны имеют преимущественно инфекционную природу [30-33].

Целью исследования НГ МЗ КР было- изучить эффективность хирургического метода дренирования (с применением марлевых турунд, пропитанных гипертоническим раствором) при лечении осложнения системной красной волчанки в виде острой одонтогенной флегмоны подчелюстной области справа. У пациентки наблюдался переход инфекционного процесса с полости рта на регион шеи, что характерно для одонтогенной флегмоны [34-35, 30]. 14.06.2018 больная по улучшению состояния переведена на дальнейшее лечение в НЦКТ им. Миррахимова.

С учетом: а) высокой летальности при обширных флегмонах лица и шеи (от 28 до 50%) [36-40] и б) основной цели терапии при СКВ, которая заключается в достижении длительной выживаемости, предупреждении необратимых органных повреждений и улучшении качества жизни [15], результаты исследования НГ МЗ КР следует признать положительными.

В отношении больной проведено дренирование инфекционного очага через марлевые турунды, пропитанные гипертоническим раствором. Данный метод хирургического лечения имеют широкую распространенность в стоматологической хирургии [41, 42].

Во время операции в НГ МЗ КР применение марлевых тампонов было ограничено, так как они быстро пропитываются гноем и превращаются в пробку, препятствующую дальнейшему оттоку экссудата [43, 44,38,42] что в значительной степени оказало влияние на положительный исход лечения.

Также следует отметить эффективное взаимодействие врачей разных специальностей на разных уровнях,



Рисунок 1



Рисунок 2

которое привело к удовлетворительным результатам в данном клиническом случае.

Из результатов исследования НГ МЗ КР следует ряд перспективных направлений для дальнейшего исследования.

1. Исследовать этиологию СКВ, так как до настоящего времени она остается неясной, что определяет трудности диагностики и лечения [8].

2. Повысить текущий уровень качества диагностики различных форм осложнений СКВ, который включает такой важный этап как определение степени поражения того или иного органа, что в свою очередь влияет на выбор терапии и исход СКВ [45].

Свыше 60 различных международных индексов активности СКВ демонстрируют, что до сих пор еще нет полноценного метода оценки клинических проявлений и осложнений СКВ [8].

3. Исследовать антибактериальную резистентность инфекционных возбудителей.

С учетом преимущественно инфекционной природы осложнения СКВ в виде острой формы одонтогенной флегмоны подчелюстной области справа [46-48, 26, 44, 49] и б) в последние годы возросла патогенность и вирулентность микрофлоры, появились полиантибиотикорезистентные штаммы патогенных микробов [50-51, 46, 40, 52] данное направление имеет крайне актуальный характер.

Относительно опыта Кыргызской Республики актуальность исследования антибактериальной резистентности согласуется с результатами анализа хирургического лечения больных с гнойно-воспалительными заболеваниями, (получившими стационарное лечение в челюстно-лицевой хирургии Национального госпиталя КР с 2010 по 2012 год), в которых среди главных причин заболеваемости больных было названо снижение чувствительности к большинству антибактериальных препаратов [19].

4. Исследовать пути и меры по повышению уровня качества междисциплинарного взаимодействия врачей и хирургов равного профиля и разного уровня.

В связи с тем, что СКВ имеет полиорганный харак-

тер поражения, в клинической практике лечение больных с различными осложнениями СКВ представляет собой сложную задачу и требует четкого взаимодействия между врачами разных специальностей, которое имеет характер дисбаланса в разных странах [13, 19].

Выводы

1. Хирургический метод дренирования (с применением марлевых турунд, пропитанных гипертоническим раствором) эффективен при лечении осложнения системной красной волчанки в виде острой одонтогенной флегмоны подчелюстной области справа.

2. Системная красная волчанка обладает различными клиническими проявлениями, включая острую одонтогенную флегмону подчелюстной области справа.

3. Контингент людей со стоматологическими заболеваниями следует рассматривать как группу риска системной красной волчанки.

4. Лечение различных форм системной красной волчанки требует слаженного междисциплинарного взаимодействия врачей и хирургов различного профиля на разных уровнях. ■

Лесогоров Сергей Федорович, к.м.н., доцент кафедры челюстно-лицевой хирургии КГМА имени И.К. Ахунбаева, Чой Ен Джун, д.м.н., главный врач клиники «Лекарь», Ургуналиев Бакыт Кубанычбекович, к.м.н., доцент, зав. кафедрой челюстно-лицевой хирургии КГМА имени И.К. Ахунбаева, Туркменов Алыбек Альбертович, к.м.н., и.о. доцент кафедры пропедевтической хирургии КГМА имени И.К. Ахунбаева, Шаяхметов Давлетшия Белекович, д.м.н., профессор кафедры хирургической стоматологии и челюстно – лицевой хирургии КГМА им. И. К. Ахунбаева, Курамаева Ульяна Кудайкуловна, к.м.н., и.о. доцента кафедры хирургической стоматологии и ЧЛХ Кыргызской государственной медицинской академии им. И.К. Ахунбаева, Джуреева Саида Давлатжановна, к.м.н., и.о. доцент кафедры хирургии и травматологии Жалал – Абадского государственного университета.

Литература:

1. *Ревматология. Клинические рекомендации. Под ред. Е.Л. Насонова. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010; 429–81.*
2. *Т.В. Попкова, Т.А. Лисицына НИИ ревматологии РАМН, Москва. Рекомендации по ведению больных системной красной волчанкой в клинической практике (по материалам рекомендаций Европейской антиревматической лиги – EULAR). Современная ревматология. Современные рекомендации: Диагностика, лечение. 2011; (1): 5*
3. *Balocco F, D'Ascenzo F, Moretti C, et al. Predictors of cardiovascular events in patients with systemic lupus erythematosus (SLE): a systematic review and meta-analysis. Eur J PrevCardiol2015;22:1435–41.*
4. *Magder LS, Petri M. Incidence of and risk factors for adverse cardiovascular events among patients with systemic lupus erythematosus. Am J Epidemiol2012;176:708–19.*
5. *Rees F, Doherty M, Lanyon P, Davenport G, Riley RD, Zhang W, et al. Early clinical features in systemic lupus erythematosus: can they be used to achieve earlier diagnosis? A risk prediction model. Arthritis Care Res. 2017;69:833–41. doi: 10.1002/acr.23021*
6. *Cattalini M, Soliani M, Caparello MC, Cimaz R. Sex differences in pediatric rheumatology. Clin Rev Allergy Immunol. 2017. doi: 10.1007/s12016-017-8642-3.*
7. *Койдубаева ГМ, Асеева ЕА, Соловьев СК и др. Клинические проявления, варианты течения и исходы системной красной волчанки у жителей Кыр-*

- гызстана. *Научно-практическая ревматология*. 2016;54(4):432-441.
8. Асеева ЕА, Соловьев СК, Попкова ТВ и др. Ведение пациентов с системной красной волчанкой в реальной клинической практике. *Научно-практическая ревматология*. 2019;57(2):191-196.
 9. Алексеева Е. И., Дворяковская Т. М., Никишина И. П., Денисова Р. В., Подчерняева Н.С., Сухоруких О. А., Шубина Л. С. Системная красная волчанка: клинические рекомендации. Часть 1. Вопросы современной педиатрии. 2018; 17 (1): 19–37. doi: 10.15690/vsp.v17i1.1853)
 10. Системная красная волчанка. Современные критерии диагноза, мониторинг активности и рекомендации по терапии. Пособие для врачей/Под ред. академика Е.Л. Насонова. — К.: МОРИОН, 2013. — 48 с.
 11. Yee Chee-Seng, Farewell V., Isenberg D. The BILAG-2004 index is sensitive to change for assessment of SLE disease activity. *Rheumatology* 2009;48:691–5.
 12. Chen D, Xie J, Chen H, et al. Infection in southern Chinese patients with systemic lupus erythematosus: spectrum, drug resistance, outcomes, and risk factors. *JRheumatol*2016;43:1650–6.
 13. Министерство здравоохранения РФ. Клинические рекомендации: Системная красная волчанка. 2016
 14. Yazdany J., Panopalis P., Gillis J.Z. et al. A quality indicator set for systemic lupus erythematosus. *Arthr Rheum* 2009;61(3):370–7.
 15. Van der Heijde D, Aletaha D, Carmona L. 2014 Update of the EULAR standardised operating procedures for EULAR-endorsed recommendations. *AnnRheumDis*. 2015;74(1):8-13. doi: 10.1136/annrheumdis-2014-206350
 16. Реабилитация больных с одонтогенными флегмонами челюстно-лицевой области. Ешиев А.М., Абдуллаева С.А., Алиев И.Ш. Ошская межобластная объединенная клиническая больница Ош, Кыргызская Республика. *Вестник КГМА им. И.К. Ахунбаева*. 2014 № 1:62
 17. Башилов Л.И., Чувилкин В.И., Царев В.Н., Панин А.М., Панин М.Г., Ахмедов Г.Д. Особенности бактериальной диагностики при хирургическом лечении одонтогенных флегмон // *Российская стоматология*. 2011. № 4 (6). С.3-7.
 18. Губин М.А., Оганесян А.А., Говорова Н.Б. Антиоксидантная терапия при неклостридиальной анаэробной инфекции мягких тканей челюстно-лицевой области и шеи // *Вестник экспериментальной и клинической хирургии*. 2011. № 4 (3). С.568-570.
 19. Ешиев А.М., Абдуллаева С.А., Ешиев Д.А. Изучение причин возникновения острой одонтогенной инфекции. Ошская межобластная объединенная клиническая больница. Г.Ош, Кыргызская Республика. *Вестник КГМА им. И.К. Ахунбаева*. 2014 № 1: 60
 20. Министерство здравоохранения РФ. Клинические рекомендации: Абсцесс кожи лица. Флегмона лица. Флегмона и абсцесс полости рта. 2016.
 21. Шарыпов, М.В. Использование бальной системы оценки тяжести гнойно-воспалительных процессов челюстно-лицевой области при различных видах дренирования [Текст] / М.В. Шарыпов // *Вестник проблем биологии и медицины*. – 2014. – Т. 2, № 2. – С. 228–234.
 22. Лечение гнойных ран [Текст] / А.А. Третьяков, С.В. Петров, А.Н. Неверов [и др.] // *Новости хирургии*. – 2015. – Т. 23, № 6. – С. 680–687
 23. Мохова, О.С. Современные методы лечения гнойных ран [Текст] / О.С. Мохова // *Журнал анатомии и гистопатологии*. – 2013. – Т. 2, № 4. – С. 15–21.
 24. Медведев, Ю.А. Применение эластических ретракторов при лечении больных с флегмонами челюстно-лицевой области [Текст] / Ю.А. Медведев, В.Э. Гюнтер, П.С. Харнас // *Российский стоматологический журнал*. – 2013. – № 4. – С. 40–43.
 25. Робустова, Т.Г. Хирургическая стоматология [Текст] / Т.Г. Робустова. – М.: Медицина, 2010. – 688 с.
 26. Odontogenic infections: Microbiology and management [Text] / R. Bahl, S. Sandhu, K. Singh [et al.] // *Contemp. Clin. Dent*. – 2014. – Vol. 5. – P. 307–311.
 27. Fanouriakisa, et al. *Ann Rheum Dis* 2019;78:736–745. doi:10.1136/annrheumdis-2019-215089
 28. Rúa-Figueroa Íñigo, López-Longo J, Galindo-Izquierdo M, et al. Incidence, associated factors and clinical impact of severe infections in a large, multicentric cohort of patients with systemic lupus erythematosus. *Semin Arthritis Rheum* 2017;47:38–45.
 29. Ешиев А.М., Абдуллаева С.А. Комплексное лечение флегмоны дна полости рта с применением синего света // *Молодой ученый*. 2013. № 7. С. 104-106. [Электронный ресурс]. URL: <https://moluch.ru/archive/54/7386/> (дата обращения: 22.12.2018).
 30. Харитонов, Ю.М. Особенности проявления неклостридиальной анаэробной инфекции у больных с воспалительными заболеваниями челюстно-лицевой области и шеи [Текст] / Ю.М. Харитонов, Р.Н. Киков // *Сб. тр. по материалам 8 Междунар. науч.-прак. конф. / под ред. А.В. Цимбалистова, Б.В. Трифонова, А.А. Копылова*. – 2015. – С. 307–311.
 31. Jaworsky, D. Extracranial head and neck infections [Text] / D. Jaworsky, S. Reynolds, A.W. Chow // *Crit. Care Clin*. – 2013. – Jul., Vol. 29(3). – P. 443–463. doi: 10.1016/j.ccc.2013.03.003.
 32. Kalyanakrishnan, Ramakrishnan Skin and Soft Tissue Infections [Text] / Kalyanakrishnan Ramakrishnan, Robert C. Salinas, Nelson Ivan Agudelo Higueta // *Am. Fam. Physician*. – 2015. – Sep. 15, Vol. 92(6). – P. 474–483.
 33. Kumaran Alias Ramesh Colbert Diagnosis and Management of Deeper Neck Infections - A Review [Text] / Kumaran Alias Ramesh Colbert, S. Devakumari // *Journal of Dental and Medical Sciences*. – 2013. – Vol. 9, Issue 5. – P. 36–41.
 34. Cristina, O.L. Cervical Necrotizing Fasciitis-Case Report [Text] / O.L. Cristina, G. Altai // *Glob. J. Otolaryngol*. – 2016. – Vol. 2(2). – P. 555–583. DOI:

- 10.19080.
35. Cervical necrotizing fasciitis caused by dental extraction [Electronic resource] / J.A. Arruda, E. Figueiredo, P. Alvares [et al.] // *Case Reports in Dentistry*. – 2016. – Vol. 2016, Article ID 1674153. – Access mode: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27375905>, free. – Title screen. – (Accessed 10.05.2017).
 36. Deep Neck Space infections in Immunocompromised Patients: A Case Series [Text] / I.D. Singh, S. Raina, J.R. Galagali [et al.] // *Glob. J. Otolaryngol.* – 2015. – Vol. 1(1). – P. 555–553.
 37. Deep neck infections: A single-center analysis of 63 cases [Text] / Philipp Kauffmann, Robert Cordesmeier, Markus Tröltzsch [et al.] // *Med. Oral Patol. Oral Cir. Bucal.* – 2017. – Sep. 1, Vol. 22(5). – P. e536–e541.
 38. Deep neck abscess. Factors related to reoperation and mortality [Text] / G. Obregón-Guerrero, J.L. Martínez-Ordaz, E. Moreno-Aguilera [et al.] // *Cirugia y Cirujanos*. – 2013. – Vol. 81, Is. 4. – P. 299–306.
 39. Шабловская, Т.А. Современные подходы к комплексному лечению гнойнонекротических заболеваний мягких тканей [Текст] / Т.А. Шабловская, Д.Н. Панченков // *Вестник экспериментальной и клинической хирургии*. – 2013. – Т. 6, № 4. – С. 498–518.
 40. Харитонов, Ю.М. Микробиологический мониторинг и антибактериальная терапия в лечении больных тяжелыми гнойными осложнениями челюстно-лицевой области и шеи [Текст] / Ю.М. Харитонов, А.Л. Громов // *Научные ведомости Белгородского государственного университета. Сер.: Медицина. Фармация*. – 2011. – Т. 15, № 16-1. – С. 165–169
 41. Субханова, Г.С. Сравнительный анализ эффективности перевязочных средств в лечении гнойных ран лица и шеи [Текст] / Г.С. Субханова // *Вестник Авиценны*. – 2013. – № 2(55). – С. 117–123.
 42. Харнас, П.С. Применение эластических ретракторов и пенных повязок при лечении больных с флегмонами челюстно-лицевой области [Текст] / П.С. Харнас, Ю.А. Медведев, М.Е. Гапонов // *Российский стоматологический журнал*. – 2014. – № 5. – С. 28–31.
 43. Surgical Wound Irrigation: Strategy for Prevention of Surgical Site Infection Nurse Care [Text] / Zamudio E. [et al.] // *Open Acces J.* – 2017. – Vol. 3(1). – P.00062.
 44. Review article: Maxillofacial emergencies: oral pain and odontogenic infections [Text] / A.F. De Angels, R.A. Barrowman [et al.] // *Emerg. Med. Australas.* – 2014. – Vol. 26, № 4. – P. 336–342.
 45. Yazdany J., Panopalis P., Gillis J.Z. et al. A quality indicator set for systemic lupus erythematosus. *Arthr Rheum* 2009;61(3):370–7.
 46. Микробиологическая характеристика микрофлоры у пациентов с флегмонами челюстно-лицевой области [Текст] / И.С. Гуменюк, О.А. Качанова, Т.В. Гайворонская [и др.] // *Кубанский научный медицинский вестник*. – 2016. – № 6. – С. 35–38
 47. Тимофеев, А.А. Микрофлора патологических карманов пациентов с одонтогенными абсцессами и флегмонами [Текст] / А.А. Тимофеев, А.В. Дакал // *Современная стоматология*. – 2009. – № 3. – С. 23–25.
 48. Levi, M.E. Oral infections and antibiotic therapy [Text] / M.E. Levi, V.D. Eusterman // *Otolaryngol. Clin. Nort. Am.* – 2011. – Feb., Vol. 44, № 1. – P.57–78.
 49. Santosh, A.N. Microbiology and antibiotic sensitivity of odontogenic space infection [Text] / A.N. Santosh, A.N. Viresh, B.K. Sharmada // *IJMDS*. – 2014. – Vol. 3(1). – P. 303–313.
 50. Microbiology and antibiotic sensitivity of head and neck space infections of odontogenic origin [Text] / I.S. Walia, R.M. Borle, D. Mehendiratta [et al.] // *J. Maxillofac. Oral Surg.* – 2014. – Vol. 13. – P. 16–21.
 51. Baquero, F. Prudent use of antimicrobial agents: Revisiting concepts and estimating perspectives in a global world [Text] / F. Baquero, J. Garau // *Enferm. Infecc. Microbiol. Clin.* – 2010. – Oct., Vol. 28(8). – P. 487–488.
 52. Проблема устойчивости возбудителей одонтогенной инфекции к антибиотикам и разработка экспресс-метода выявления резистентных штаммов [Текст] / В.Н. Царев, А.А. Лабазанов, Е.В. Ипполитов [и др.] // *Клиническая стоматология*. – 2016. – № 43(80). – С. 46–51.