

**Сравнительная характеристика маркеров костного метаболизма у больных  
I-II групп в динамике наблюдений**

Маркеры костного метаболизма	Исследуемые группы					
	I группа (n=18)			II группа (n=16)		
	До лечения	После лечения	Через 6 и более месяцев	До лечения	После лечения	Через 6 и более месяцев
$\beta$ Cross Laps (нг/мл)	0,79±0,02	0,54±0,03*	0,71±0,03*	1,12±0,67	0,59±0,03*	0,62±0,03*
Остеокальцин (нг/мл)	10,6±0,2	11,8±0,3*	11,2±0,3*	9,1±0,3	13,4±0,4*	12,8±0,3*
ОЩФ (Ед/л)	38,6±1,4	38,3±0,7*	32,8±1,1*	30,2±1,2	44,6±0,7*	23,3±0,9*

*Примечание:* \* $p \leq 0,05$  – достоверно по отношению показателей до лечения.

Таким образом, итоги системного влияния на этиопатологические факторы риска дентального периимплантита, а также диагностика клинического и лабораторного эффекта показали целесообразность такого подхода для устранения и профилактики этого тяжелого осложнения дентальной имплантации.

**Выводы.** 1. Хирургическое лечение дентального периимплантита целесообразно дополнять системным воздействием на выявленные у больных этиопатологические механизмы заболевания, отнесенные к факторам повышенного риска по формированию воспалительно-деструктивных осложнений после дентальной имплантации.

2. Основными факторами повышенного риска по развитию дентального периимплантита является негигиеническое состояние полости рта, появление в биоценозе слизистой периимплантной зоне одного или нескольких возбудителей пародонтита, местный иммунодефицит, разбалансировка в цитокиновой системе и процессах костного ремоделирования.

3. Установлена адекватная способность фотодинамической лазерной терапии HELVO-системой в комбинации с иммунокорректорами Полиоксидонием и Ронколейкином способна вызывать полную элиминацию бактериальных возбудителей периимплантита и длительную нормализацию sIgA и IgM.

4. Нормализация процессов костного ремоделирования и последующее восстановление костных дефектов периимплантной зоны возможны под влиянием длительного и курсового использования Ронколейкина и остеотропного материала системного действия – Бивалоса.

#### Список литературы

1. **Zitzmann N.U.** Experimental peri-implant mucositis in man / N.U. Zitzmann // J. Periodontol. Int. J. Oral. Maxillofac. Implants. – 2001. – Vol. 28, N 6. – P. 517-523.
2. **Vered Y.** Teeth and implant surroundings: Clinical health indices and microbiologic parameters / Y. Vered, A. Zini, J. Mann // J. Quintessence International. – 2011. – №42. – P.339-344.
3. **Mesmer C.** Clinical, microbiological and immunological findings in peri-implantitis patients with bar-retained lower removable partial dentures, compared to a healthy control group (12-month-follow-up) / C. Mesmer, A. Forster, M. Antal, K. Nagy // Fogorv Sz. – 2012. – №105. – P.59-64.
4. **Knopka K.** Photodynamic therapy / K. Knopka, T. Goslinski // Dent Res. – 2007. – №86. – P.694-707.

5. **Neugebauer J.** Using photodynamic therapy to treat peri-implantitis. Interview. / J. Neugebauer // Dent Implantol Update. – 2005. – №16. – P.9-16.

6. **Heirz-Mayfield L.J.** Anti-infective surgical therapy of periimplantitis. A 12-month prospective clinical study / L.J. Heirz-Mayfield, G.E. Salvi, A. Mombelli, M. Faddy, N.P. Lang // Clin Oral Implants Res. – 2012. – №23. – P.205-210.11.

7. **Manchini G.** Immunochemical quantitation of antigens by single radial immunodiffusion / G. Manchini, A.O. Garbonara, S.F. Heremans // Immunochemistry. – 1965. – Vol. 2, N 6. – P. 234-235.

#### REFERENCES

1. **Zitzmann N.** Experimental peri-implant mucositis in man. J. Periodontol. Int. J. Oral. Maxillofac. Implants. 2001;28(6):517-523.
2. **Vered Y, Zini A, Mann J.** Teeth and implant surroundings: Clinical health indices and microbiologic parameters. J. Quintessence International. 2011;42:339-344.
3. **Mesmer C, Forster A, Antal M, Nagy K.** Clinical, microbiological and immunological findings in peri-implantitis patients with bar-retained lower removable partial dentures, compared to a healthy control group (12-month-follow-up). Fogorv; 2012;105:59-64.
4. **Knopka K, Goslinski T.** Photodynamic therapy. Dent Res; 2007;86:694-707.
5. **Neugebauer J.** Using photodynamic therapy to treat peri-implantitis. Interview. Dent Implantol Update. 2005;16:9-16.
6. **Heirz-Mayfield L, Salvi G, Mombelli A, Faddy M, Lang N.** Anti-infective surgical therapy of periimplantitis. A 12-month prospective clinical study. Clin Oral Implants Res. 2012;23:205-210.11.
7. **Manchini G, Garbonara A, Heremans S.** Immunochemical quantitation of antigens by single radial immunodiffusion. Immunochemistry. 1965;2(6):234-235.

Поступила 04.08.14



УДК 616.724-008.6.004.67:616.716.4-001.5

**А. В. Любченко, д. мед. н.**

Харьковская медицинская академия последипломного образования

### ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С КОСТНО-ДЕСТРУКТИВНОЙ ПАТОЛОГИЕЙ ВИСОЧНО- НИЖНЕЧЕЛЮСТНОГО СУСТАВА

*В статье представлен опыт лечения пациентов с костно-деструктивным поражением височно-нижнечелюстного*

сустава с применением полного двухполюсного эндопротеза

височно-нижнечелюстного сустава с дистракционным устройством. Доказана его эффективность в восстановлении функции сустава и устранении сложной проблемы синдрома «сонного апноэ». Однако в отдаленном послеоперационном периоде за счет увеличения дисбаланса в развитии верхней и нижней челюсти, возможно выворачивание опорной пластины височной части эндопротеза.

**Ключевые слова:** анкилоз, височно-нижнечелюстной сустав, эндопротез, дети, синдром «сонного апноэ».

**О. В. Любченко**

Харківська медична академія післядипломної освіти

### ВІДДАЛЕНІ РЕЗУЛЬТАТИ ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ З КІСТКОВО-ДЕСТРУКТИВНОЮ ПАТОЛОГІЄЮ СКРОНЕВО- НИЖНЬОЩЕЛЄПНОГО СУГЛОБА

У статті представлений досвід лікування пацієнтів з кістково-деструктивною поразкою скронево-нижньющелепного суглоба із застосуванням повного двополюсного ендпротеза скронево-нижньющелепного суглоба з дистракційним пристроєм. Доведено його ефективність у відновленні функції суглоба і усуненні складної проблеми синдрому «сонного апноє». Однак у віддаленому післяопераційному періоді за рахунок збільшення дисбалансу в розвитку верхньої та нижньої щелепи, можливо вивертання опорної пластини скроневої частини ендпротеза.

**Ключові слова:** анкілоз, скронево-нижньющелепний суглоб, ендпротез, діти, синдром «сонного апноє».

**A. V. Lubchenko**

Kharkiv Medical Academy of Post-graduate Education

### LONG-TERM RESULTS OF TREATMENT OF PATIENTS WITH BONE-DESTRUCTIVE DISORDERS OF THE TEMPOROMANDIBULAR JOINT

#### ABSTRACT

The theme of this study is to determine the possibility of reconstructive surgery for children with bone-destructive pathology. The aim of this study is to evaluate the rehabilitation of patients with bone-destructive disorders of the temporomandibular joint after joint replacement with a bipolar TMJ endoprosthesis with the distraction device in the long term period.

Indications for the replacement are the following diseases: secondary deforming osteoarthritis, fibrous and bony ankylosis, conditions after resection of the mandibular condylar in cases of tumors of the mandible, traumatic injuries with fragmentations of the head, TMJ congenital aplasia.

Preoperative preparation of the patients included laboratory parameters: clinical blood and urine tests, biochemical blood and urine tests, blood immunological research. Functional techniques included electromyography of masticatory muscles.

**Results are the following:** 31 patients with TMJ bone-destructive pathology at the age from 3 to 17 years have been observed. In most patients the etiologic factor was systemic infection with the defeat of the TMJ - sepsis, septicopyemia of different genesis acquired at an early age, rarely the cause was an injury sustained usually at an early age.

The used TMJ bipolar prosthesis with the distraction device allows to restore staunchly the function of mouth opening subject to its correct position and conduction of systematic mechanotherapeutic exercises by a patient. In the late period in patients having significant underdevelopment of the lower jaw with the growth of the upper jaw in the temporal part of the

prosthesis fixation size mismatch of the bone tissue and possible reversing of the temporal supporting plate prosthesis with the subsequent dysfunction of mouth opening are manifested. This condition causes the need for reoperations with replacement of certain components of the prosthesis.

**Conclusions.** 1. Design of the complete bipolar TMJ endoprosthesis with the distraction device allows to use it in children's oral and maxillofacial surgery to restore the lost function of the mouth opening and to model the mandibular branch adaptively to the growth of facial bones.

2. With a significant disparity in size of the upper jaw and lower jaw reversing of the temporal part of the prosthesis may occur. That requires its replacement on a case-by-case basis.

**Key words:** ankylosis, temporo-mandibular joint, endoprosthesis, children, "sleep apnoea" syndrom.

Поражения височно-нижнечелюстного сустава (ВНЧС), вызывающие ограничение или полное обездвиживание нижней челюсти, встречаются в практике детского челюстно-лицевого хирурга достаточно часто. Заболевания, которые приводят к таким функциональным нарушениям, объединены в группу так называемых костно-деструктивных заболеваний ВНЧС. Отражающие сущность происходящего процесса – анкилозирование суставных поверхностей ВНЧС, к которым приводят: инфекционные, ревматические поражения, острая травма с раздроблением головки нижней челюсти, резекция мышечкового отростка нижней челюсти по поводу опухолевых процессов, врожденные аномалии. В результате происходит образование фиброзных, а в последствие и костных спаек между суставными поверхностями [1]. Помимо этого, поражение основной зоны роста нижней челюсти приводит к развитию выраженных скелетных деформаций лица, проявляющихся симметричным или несимметричным недоразвитием нижней челюсти, а также верхнечелюстного комплекса (адаптивно нижней челюсти) [2, 3].

Лечение больных с такой непростой патологией по своей сложности и актуальности занимает особое место в челюстно-лицевой хирургии, ортогнатической хирургии и ортодонтии. Реконструктивные операции на височно-нижнечелюстном суставе проблема, которую решали хирурги самыми разнообразными способами. Хирургическое лечение прошло длительный эволюционный путь от создания ложного сустава и обеспечения минимальной функции, до сложных реконструктивных операций с применением различных трансплантатов. В последнее время предложена масса аутогенных и аллогенных материалов для операций на суставе. Однако аутопластика у детей ограничена по возрастным особенностям, а в раннем возрасте невозможна. В настоящее время достаточно широкое применение нашло протезирование ветви и мышечкового отростка нижней челюсти эндопротезами [4, 5]. В современной литературе имеются единичные работы по применению полного эндопротеза височно-нижнечелюстного сустава, однако эти исследования часто не выходят за рамки эксперимента. Учитывая то, что современный подход к лечению и реабилитации пациентов, которым проводится протезирование височно-нижнечелюстного сустава, диктует необходимость разработки и широкого внедрения протезов, позволяющих максимально восстановить функцию на

долгий период времени. Нами предложен полный эндопротез височно-нижнечелюстного сустава с дистракционным устройством позволяющим регулировать высоту ветви нижней челюсти адаптивно росту последней (рис. 1).



Рис. 1. Полный эндопротез височно-нижнечелюстного сустава с дистракционным устройством, фиксирован на стереолитографической модели черепа.

Разработанный нами эндопротез применяется нами для реабилитации больных с костно-деструктивной патологией более 10 лет, накоплен опыт, позволяющий, сделать вывод о возможных осложнениях возникающих в процессе жизнедеятельности пациентов в отдаленном периоде.

**Материалы и методы.** За 10 лет работы в центре находились на лечении и реабилитации 31 больной с анкилозами и вторичными деформирующими остеоартрозами ВНЧС (табл. 1). Всем пациентам проводилось комплексное обследование, постановка на диспансерный учет и лечение, начинающееся от первичной консультации до полной реабилитации больного согласно алгоритму.

Таблица 1

#### Распределение больных по диагнозам

Диагноз	Количество пациентов (%)
Вторичный деформирующий остеоартроз	7 (22,5)
Фиброзный анкилоз	6 (19,3)
Костный анкилоз	18 (58,1)
Всего	31

Показаниями для эндопротезирования являются следующие заболевания: вторичный деформирующий остеоартроз, фиброзный и костный анкилоз, состояния после резекции мышечкового отростка нижней челюсти при опухолевых поражениях последней, травматические повреждения с раздроблением головки, врожденные аплазии ВНЧС.

Предоперационная подготовка больных включала в себя лабораторные показатели: клинические анализы крови и мочи, биохимические исследования крови и мочи, иммунологическое исследование крови. Функциональный метод включал в себя электромио-

графию жевательных мышц. Планирование операции проводили после тщательного анализа спиральных компьютерных томограмм с 3D моделированием и изготовлением стереолитографических моделей на которых проводили расчет будущей остеотомии, припасовывали и устанавливали эндопротез.

**Методика операций.** Операция проводится под общим обезболиванием с интубацией трахеи через нос при помощи оптического стилета или при невозможности интубации наложением трахеостомы. Положение больного на спине с запрокинутой и повернутой головой в противоположную сторону от оперируемой стороны. Производится разрез кожи, окаймляющий угол нижней челюсти, отступая от него не менее 3-х см. Ткани послойно рассекают, скелетируют угол и ветвь нижней челюсти. Проводят остеотомию суставного отростка нижней челюсти на запланированном по стереолитографической модели уровне. Костный конгломерат максимально удаляют или при возможности формируют в нем суставную впадину для однополюсного эндопротеза. В случае, когда устанавливался полный эндопротез, в костном конгломерате либо формировалась площадка для фиксации опорной пластины височной части эндопротеза, либо он удалялся до тех пор, чтобы не было помехи для фиксации опорной пластины височной части эндопротеза к скуловой дуге. Для этого дополнительно проводят разрез в околоушной области в проекции скуловой дуги параллельно ее нижнему краю, ткани рассекаются послойно, скелетируется скуловая дуга. Оба разреза в зачелюстной области и в области скуловой дуги соединяются между собой в виде туннеля. В области угла проводится подготовка костной ткани путем выравнивания ее поверхности. Для полного соответствия внутренней поверхности опорной части эндопротеза (для полного и неполного эндопротеза) в области скуловой дуги костная ткань не подготавливается, учитывая толщину последней, а проводится изгибание опорной пластины сначала по стереолитографической модели, а затем непосредственно во время операции. После припасовки эндопротеза производится его фиксация при помощи винтов саморезов на нижней челюсти диаметром 2 мм., а на скуловой кости – 1.5 мм.

**Результаты и их обсуждение.** Под нашим наблюдением находился 31 пациент с костно-деструктивной патологией ВНЧС в возрасте от 3-х до 17-ти лет. У большинства пациентов этиологическим фактором была генерализованная инфекция с поражением ВНЧС – сепсис, септикопиемия различного генеза, перенесенная в раннем возрасте, реже причиной выступала травма перенесенная как правило в раннем возрасте.

Начало ограничения движения нижней челюсти родители детей стали замечать в возрасте от 1 года 2 месяцев до 1 года 8 месяцев. Примерно в это же время стала отмечаться асимметрия лица. Открывание рта при поступлении было от 1 мм. до 6 мм. На КТ головка ВНЧС на стороне поражения имеет грибовидную форму, суставной отросток короткий и широкий, суставная щель отсутствует. При одностороннем поражении наблюдается несимметричная микрогензия нижней челюсти при двухстороннем поражении на-

блюдается симметричная микрогения или так называемое «птичье лицо».

Применяемый нами двухполюсный эндопротез ВНЧС с дистракционным устройством позволяет стойко восстановить функцию открывания рта при условии его правильного положения и проведением пациентом систематических занятий механотерапии. Однако, несмотря на возможность проводить удлинение ветви нижней челюсти на пораженной стороне, активируя дистракционное устройство и тем самым проводить коррекцию лица пациента. Мы столкнулись с тем, что при значительном недоразвитии нижней челюсти, с ростом верхней челюсти и области фиксации височной части эндопротеза, скуловой дуги проявляется несоответствие размеров и возможно выворачивание опорной височной пластины эндопротеза. С последующим нарушением функции открывания рта пациента. Данное состояние является показанием к операции замены эндопротеза на вновь изготовленный, по новым размерам верхней челюсти и скуловой дуги пациента.

Для иллюстрации проведенного лечения приводим клинический пример.

Больная Л. 11 лет. История болезни № 15913. Поступила 10.12.2007 года с диагнозом: двухсторонний костный анкилоз ВНЧС. Симметричная двухсторонняя микрогения нижней челюсти. В ЦДХС ОДКБ № 1 поступила в плановом порядке. Родилась от доношенной беременности. В возрасте двух недель перенесла сепсис, септикопиемию, гематогенный остеомиелит нижней челюсти. При поступлении конфигурация лица резко нарушена за счет отставания в росте тела и ветви нижней челюсти, «птичье лицо» (рис. 2).

Открывание рта до 1 мм., несмотря на двухстороннее поражение суставов центральная линия смещена на 3 мм. В анамнезе заболевания родители ребенка отмечали воспаление в области ВНЧС только в возрасте двух недель. Несимметричность развития нижней челюсти отмечается на КТ (рис. 3). Лицо резко диспропорционально, за счет выраженного недоразвития нижней челюсти. Сагиттальная щель до 23 мм. (рис. 4). При пальпации ВНЧС движений в суставах не определяется.



Рис. 2. Ребенок Л. № истории болезни 15913. Диагноз: Двухсторонний костный анкилоз ВНЧС. Микрогения нижней челюсти. Максимальное открывание рта до 1 мм.



Рис. 3. Ребенок Л. На КТ определяется несимметричная микрогения нижней челюсти, смещение центральной линии на 2,3 мм.



Рис. 4. Ребенок Л. На фотографии сделанной в профиль определяется protrusion зубов верхней челюсти и микрогения нижней челюсти, «птичье лицо».

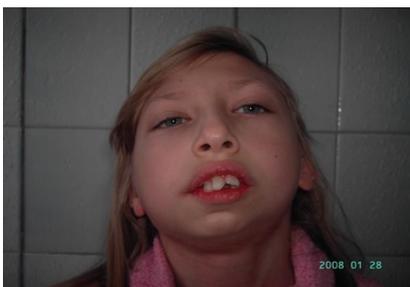


Рис. 5. Ребенок Л. Фотография ребенка через 1 месяц после операции.



Рис. 6. Ребенок Л. На фотографии максимальное открывание рта через месяц после выписки.

Сопутствующие заболевания – хронический гастрит, дуоденит, гепатит, синдром «сонного апноэ».

При поступлении ребенок был обследован согласно приведенной схеме обследования. Пациентка прошла предоперационную подготовку в полном объеме и была прооперирована 12.12.2007 года, под интубационным наркозом по описанной выше методике. В послеоперационном периоде без особенностей, проведена инфузионная терапия до полного восста-

новления энтерального питания, в течение 4-х суток. Антибиотикопрофилактику проводили в течение недели цефтриаксоном, метрогилом в возрастных дозировках. Течение заболевания гладкое: дренажи удалены на 3-и сутки, швы сняты на 9-е сутки. Выписана в удовлетворительном состоянии. На рис. 5 представлена пациентка через месяц после операции. После выписки из стационара ребенку проводили механотерапию при помощи роторасширителя.

На момент выписки у ребенка синдром «сонного апноэ» отсутствует, дыхание в ночной период времени не нарушено. Открывание рта с 5 мм. в раннем послеоперационном периоде увеличилось через месяц после операции до 25 мм. (рис. 6).

На панорамной рентгенограмме, сделанной через 3 месяца после операции, определяется удовлетворительное положение и состояние эндопротезов (рис. 7).

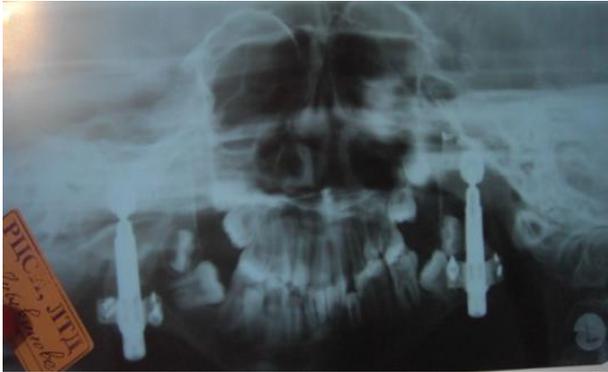


Рис. 7. Ребенок Л. На панорамной рентгенограмме сделанной через 3 месяца после операции определяется удовлетворительное положение и фиксация эндопротеза.

Ведены фотографии ребенка на этапе ортодонтического лечения через три года после проведенного хирургического лечения.

В течении последующих четырех лет пациентка за помощью не обращалась. В марте 2014 года обратилась с жалобами на выступающую височную часть эндопротеза слева, ограничение открывание рта (рис. 9).

Для дальнейшей реабилитации пациентки изготовлена стереолитографическая модель (рис. 10), с последующим оперативным лечением остеотомии нижней челюсти, с заменой височной части эндопротеза фиксированного слева. После восстановления функции открывания рта планируется контурная пластика подбородка.

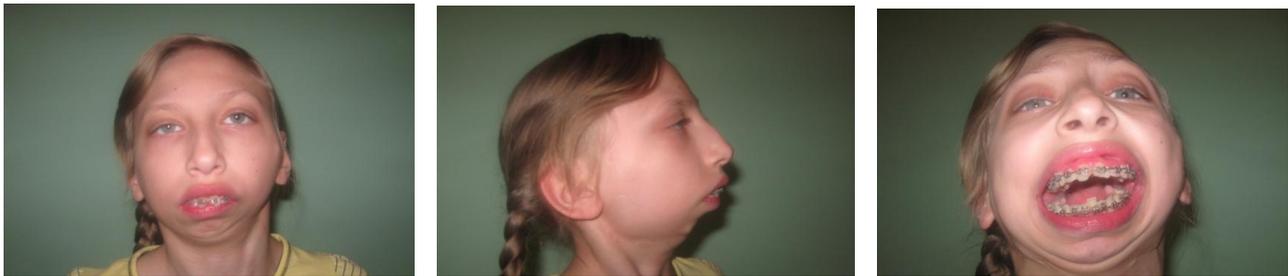


Рис. 8. Ребенок Л. На этапе ортодонтического лечения, через три года после операции.



Рис. 9. Пациентка Л. через 7 лет после проведенного хирургического лечения.



Рис. 10. Стереолитографическая модель пациентки.

**Выводы.** 1. Конструкция полного двухполюсного эндопротеза ВНЧС с дистракционным устройством позволяет применить его в детской челюстно-лицевой хирургии для восстановления утраченной функции открывания рта пациентов и для моделирования ветви нижней челюсти адаптивно росту костей лицевого черепа.

2. При значительном несоответствии размеров верхней и нижней челюстей возможно выворачивание височной части эндопротеза, что требует ее замены в индивидуальном порядке.

Таким образом, применение полного двухполюсного эндопротеза с дистракционным устройством для лечения больных с костно-деструктивной патологией ВНЧС является перспективным направлением в реконструктивной челюстно-лицевой хирургии.

#### Список литературы

1. **Кучевляк В. И.** Новые решения в эндопротезировании височно-нижнечелюстного сустава / В. И. Кучевляк, Е. Н. Рябоконт // Восстановительная хирургия челюстно-лицевой области: Труды ЦНИИС. – М., 1995. – С. 109–110.
2. **Любченко А. В.** Новый отечественный эндопротез височно-нижнечелюстного сустава / А. В. Любченко // Вісник стоматології. – 2008. – № 1. – С. 96–97.
3. **Семкин В. А.** Состояние вопроса об использовании тотальных эндопротезов височно – нижнечелюстного сустава по данным мировой литературы / В. А. Семкин, И. Н. Ляшев // Стоматология. – 2001. – № 4. – С. 69–72.
4. **Kreutziger K.L.** Surgery of the temporomandibular joint. I. Surgical anatomy and surgical incisions / K.L. Kreutziger // Oral Surg., Oral Med., Oral Pathol. – 1984– Vol. 58. – №6. – P. 637– 646.
5. **Ruiz C.A.** A new modified and aural approach for access to the temporomandibular joint / C.A. Ruiz, J.S. Guerrero // Br. J. Oral Maxillofac. Surg. – 2001. – Vol. 39. – № 3. – P. 371–373.

#### REFERENCES

1. **Kutsevlyak V.I. Ryabokon E.N.** New solutions in temporomandibular joint arthroplasty Reconstructive Maxillofacial Surgery. *Works of Central Research Institute.* - M., 1995. - P. 109-110.
2. **Lubchenko A.V.** New domestic TMJ endoprosthesis Dentistry News. *Visnik stomatologiyi.* 2008;1:96-97.
3. **Siomkin V.A. Lyashev J.H.** The use of total temporomandibular joint endoprosthesis according to world literature data Dentistry. *Stomatologiya.* 2001;4:69-72.
4. **Kreutziger K.L.** Surgery of the temporomandibular joint. I. Surgical anatomy and surgical incisions Oral Surg., Oral Med., Oral Pathol. 1984;(58) 6:637– 646.
5. **Ruiz C.A. Guerrero J.S.** A new modified and aural approach for access to the temporomandibular joint Br. J. Oral Maxillofac. Surg. 2001;(39) 3: 371–373.

Поступила 14.07.14



УДК 577/27+576.8.073.3:616-089.168.1-06+616.716.8+617.52

**А. А. Гударьян, д. мед. н.**

Государственное учреждение «Днепропетровская медицинская академия МЗ Украины»

### ИММУНОЛОГИЧЕСКИЕ И МИКРОБИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ

*В статье представлены результаты комплексного клинико-лабораторного обследования и лечения 47 больных с одонтогенными воспалительными заболеваниями челюстно-лицевой области. Цель данного исследования - изучение взаимосвязи локального гуморального иммунитета и микробиоценоза слизистой оболочки полости рта при различных воспалительных заболеваниях челюстно-лицевой области для улучшения качества их лечения. Выявлено, что грамотрицательная аэробная микрофлора занимает ведущее положение в этиологии посттравматических остеомиелитов, альвеолитов, периоститов и дентальных мукозитов. При флегмонах ведущая роль принадлежит стафилококковой и анаэробной инфекции. В формировании периимплантитов доминирующую роль занимают анаэробные пародонтопатогенные микроорганизмы в ассоциациях с кандидозной и энтеробактериальной инфекцией. Установлено, что наиболее высокая активность по отношению к аэробной микрофлоре отмечается у оксациллина, ванкомицина цефазолина, ципрофлоксацина, натамицина. Применительно к анаэробным микроорганизмам, в том числе и основным пародонтогенам, универсальную активность (свыше 95%) проявляют имипенем, ко-амоксиклав, цефтриаксон, метронидазол, цефуроским. Так, наряду с изменениями микробиоценоза при флегмонах, хроническом посттравматическом остеомиелите, дентальном периимплантите отмечается понижение sIgA, повышение уровня sICAM-1, ИЛ-1β и ФНО-α на фоне резкого падения в смешанной слюне концентрации ИЛ-4. Таким образом выявленные нарушения свидетельствуют о снижении местного иммунитета и снижении антибактериальной функции слизистой полости рта. Для профилактики послеоперационных осложнений, возникающих в челюстно-лицевой области, рекомендуются краткосрочные курсы антибиотико-профилактики цефазолином, цефуроскином, ко-амоксиклавом.*

**Ключевые слова:** иммунодефицит, микробиоценоз, мукозит, периимплантит, периостит, флегмона, остеомиелит, альвеолит.

**О. О. Гудар'ян**

Державна установа «Дніпропетровська медична академія МОЗ України»

### ІМУНОЛОГІЧНІ ТА МІКРОБІОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ПІСЛЯОПЕРАЦІЙНИХ ЗАПАЛЬНИХ УСКЛАДНЕНЬ ЩЕЛІПНО-ЛИЦЬОВОЇ ДІЛЯНКИ

*У статті представлені результати комплексного клініко-лабораторного обстеження та лікування 47 хворих з одонтогенними запальними захворюваннями щелепно-лицьової ділянки. Мета даного дослідження - вивчення взаємозв'язку локального гуморального імунітету і микробиоценозу слизової оболонки порожнини рота при різних запальних захворюваннях щелепно-лицьової ділянки для поліпшення якості*

© Гударьян А. А., 2014.