

DOI: 10.26693/jmbs04.01.189

УДК [616. 716: 616. 743]: 616 - 002

Кабанова А. А.

КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ ПАЦИЕНТОВ С ИНФЕКЦИОННО-ВОСПАЛИТЕЛЬНЫМИ ПРОЦЕССАМИ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ И ШЕИ

Учреждение образования «Витебский государственный ордена Дружбы народов медицинский университет, Беларусь

arinakabanova@mail.ru

Цель – выявить характерные изменения клинико-лабораторных показателей у пациентов с инфекционно-воспалительным процессом челюстно-лицевой области и шеи в зависимости от их распространенности.

Проведено обследование группы пациентов (198 человек) с инфекционно-воспалительным процессом челюстно-лицевой области, которые были разделены на 4 подгруппы: 1 подгруппа (40 человек) – с острым гнойным одонтогенным периоститом челюсти; 2-я (96 человек) – с острым гнойным одонтогенным остеомиелитом челюсти, осложненным флегмоной одного клетчаточного пространства; 3-я (36 человек) – с острым гнойным одонтогенным остеомиелитом челюсти, осложненным флегмоной нескольких клетчаточных пространств; 4-я (26 человек) – с острым гнойным одонтогенным остеомиелитом нижней челюсти, осложненным флегмоной дна полости рта.

Длительность стационарного лечения пациентов с острым гнойным одонтогенным периоститом челюсти составила 6 (4,5–8) суток; пациентов с острым одонтогенным остеомиелитом челюсти, осложненным флегмоной одного клетчаточного пространства – 9 (7–11) суток; пациентов с острым одонтогенным остеомиелитом, осложненным флегмоной 2-4 клетчаточных пространств – 10 (8,5–14) суток; пациентов с острым одонтогенным остеомиелитом, осложненным флегмоной дна полости рта – 13 (12–17) суток. Ядерный индекс и индекс соотношения лейкоцитов и скорости оседания эритроцитов статистически значимо увеличиваются, а лимфоцитарно-гранулоцитарный индекс снижается при большем распространении инфекционно-воспалительного процесса челюстно-лицевой области и шеи.

Ключевые слова: клинические показатели, лабораторные показатели крови, инфекционно-воспалительный процесс, челюстно-лицевая область

Актуальность. В странах СНГ по данным различных авторов пациенты с инфекционно-воспалительными процессами (ИВП) челюстно-лицевой области и шеи составляют до 50% от общего числа лиц, проходящих лечение в отделениях специализированных стационаров [4, 5]. ИВП, связанные с одонтогенными патологическими процессами в повседневной практике челюстно-лицевых хирургов и стоматологов-хирургов представляют важную социальную проблему обусловленную весьма высокой заболеваемостью, которая варьирует в пределах от 60 до 67% [3]. При этом ряд авторов подчеркивает, что в структуре острых ИВП челюстно-лицевой области и шеи одонтогенные процессы составляют до 70% с постоянной тенденцией к их увеличению [2].

Несмотря на разнообразие методов исследования и успехи, достигнутые в оказании помощи пациентам с одонтогенными инфекционно-воспалительными заболеваниями указанной локализации, число диагностических ошибок по данным современных авторов остается на достаточно высоком уровне [12, 14]. В тоже время в периодической печати встречаются только отдельные публикации акцентирующие внимание на индексах эндогенной интоксикации у пациентов с ИВП челюстно-лицевой области и шеи [1, 8]. Исследования, предоставляющие информацию о сравнительной оценке индексов эндогенной интоксикации у пациентов с инфекционно-воспалительными осложнениями в челюстно-лицевой области в зависимости от распространенности процесса на текущий момент в аналах специальной литературы отсутствуют. В связи с этим совершенствование известных и разработка новых эффективных методов диагностики одонтогенной инфекции на основании клинико-биохимических показателей не утратила своей актуальности.

Цель исследования – выявить характерные изменения клинико-лабораторных показателей у пациентов с ИВП челюстно-лицевой области и шеи в зависимости от их распространенности.

Объекты и методы исследования. Проведено комплексное обследование 198 пациентов с ИВП челюстно-лицевой области и шеи, проходивших лечение в отделении челюстно-лицевой хирургии УЗ «Витебская областная клиническая больница» в период с 2010 по 2018 год.

Критериями включения пациентов в исследование были: диагноз – острый одонтогенный ИВП челюстно-лицевой области; возраст старше 18 лет; наличие добровольного информированного согласия на участие в исследовании. Критериями исключения являлись: возраст меньше 18 лет; беременность; наличие сопутствующей соматической патологии в стадии обострения или декомпенсации, а также других клинических ситуациях, при которых это могло бы негативно отразиться на результатах проводимого исследования; присутствие в анамнезе злоупотребления алкоголем и употребления наркотических средств; отсутствие добровольного информированного согласия.

Исследование проведено в соответствии с основными биоэтическими нормами Хельсинкской декларации Всемирной медицинской ассоциации об этических принципах проведения научно-медицинских исследований с поправками (2000, с поправками 2008), Универсальной декларации по биоэтике и правам человека (1997), Конвенции Совета Европы по правам человека и биомедицине (1997).

Группа пациентов была разделена на 4 подгруппы: 1 подгруппа (40 человек) – пациенты с острым гнойным одонтогенным периоститом челюсти, 2 подгруппа (96 человек) – пациенты с острым гнойным одонтогенным остеомиелитом челюсти, осложненным флегмоной одного клетчаточного пространства, 3 подгруппа (36 человек) – пациенты с острым гнойным одонтогенным остеомиелитом челюсти, осложненным флегмоной нескольких клетчаточных пространств, 4 подгруппа (26 человек) – пациенты с острым гнойным одонтогенным остеомиелитом нижней челюсти, осложненным флегмоной дна полости рта.

Состояние инфекционно-воспалительной раны оценивали ежедневно во время перевязок, фиксировали: сутки, на которые пациент отмечал отсутствие боли при пальпации очага воспаления; сутки, на которые восстанавливалась конфигурация лица, удавалось купировать гиперемии тканей и отек в области раны; сутки, на которые прекращалась гнойная экссудация; а также сутки, на которые в ране визуально определяли рост грануляционной ткани. Кроме того, регистрировали продолжительность антибактериальной терапии в сутках и длительность госпитализации пациентов (койко/день).

Из лабораторных исследований пациентам был выполнен общий анализ крови (ОАК). На основе ОАК проводили расчет интегральных индексов интоксикации с последующей интерпретацией результатов [6, 7]. Лечебные мероприятия у пациентов с ИВП челюстно-лицевой области были комплексными и включали хирургическое и медикаментозное лечение [13]. Полученные данные подвергались статистической обработке с помощью пакета прикладных таблиц «Statistica 10.0» и «Excel». Перед использованием методов описательной статистики определяли тип распределения количественных признаков с использованием критерия Шапиро-Уилка. Для признаков с нормальным распределением рассчитывали среднюю арифметическую (M) и стандартное отклонение (σ). При распределении признака, отличным от нормального, вычисляли медиану (Me), нижний 25-й (LQ) и верхний 75-й квартили (UQ). Оценку статистической значимости различий между зависимыми группами проводили с учетом распределения признака с использованием непараметрического теста Вилкоксона и дисперсионного анализа по Фридмену. Для оценки статистической значимости между несвязанными группами применялся критерий Манна-Уитни (U). При множественном сравнении независимых групп использовались критерий Краскелла-Уоллиса и медианный тест, применялась поправка Бонферони ($p \times$ количество сравнений). При нормальном распределении признаков в сравниваемых группах использовался t-критерий Стьюдента-Фишера [9].

Результаты исследования и их обсуждение.

При развитии ИВП челюстно-лицевой области и шеи и шеи одонтогенной этиологии температура тела пациентов при обращении составила 37,8 (37,5–38) °С. ЧСС была равна 82 (74–90) ударов в минуту, ЧД – 17 (17–18) в минуту. При оценке локальных клинических проявлений выявлено отсутствие боли при пальпации воспалительного очага на 7 (6–9) сутки, конфигурация лица восстанавливалась на 8 (6–10) сутки, отсутствие отека и гиперемии в области раны констатировали на 6 (4–8) сутки, гнойная экссудация прекращалась на 6 (4–8) сутки, рост грануляций констатировали на 7 (5–9) сутки, что согласуется с данными И. О. Походенько-Чудаковой и соавт. (2011) [10].

При этом клинические характеристики гнойной раны статистически значимо отличались между подгруппами пациентов с разной распространенностью ИВП (p Краскелла-Уоллиса < 0,000001), что представлено в **таблице 1**.

У пациентов с острым гнойным одонтогенным периоститом челюсти пальпация очага становилась безболезненной на 4 (2–5) сутки, конфигурация

Таблиця 1 – Клинические характеристики пациентов с одонтогенными инфекционно-воспалительными заболеваниями челюстно-лицевой области и шеи

Клинические признаки	Подгруппы наблюдаемых пациентов			
	1	2	3	4
Купирование боли, сутки	4 (2–5)	7 (6–9)	8 (7–9)	10,5 (9–12,5)
Восстановление конфигурации лица, сутки	5 (4–7)	8 (7–9)	9 (7,5–12)	12 (10,5–15)
Купирование отека, гиперемии, сутки	4 (3–5)	5 (4–7)	7 (5,5–11)	10,5 (9–14,5)
Отсутствие экссудации, сутки	3 (3–4)	6 (5–7)	7 (6–9)	9 (8,5–10)
Рост грануляций, сутки	4 (4–5)	7 (6–8)	8 (7–10)	10 (9,5–11)

лица восстанавливалась на 5 (4–7) сутки, гиперемия тканей и отек в области гнойного очага были купированы на 4 (3–5) сутки, гнойная экссудация прекращалась на 3 (3–4) сутки, рост грануляций в ране визуально определялся на 4 (4–5) сутки.

У пациентов с острым одонтогенным остеомиелитом челюсти, осложненным флегмоной одного клетчаточного пространства, пальпация очага становилась безболезненной на 7 (6–9) сутки, конфигурация лица восстанавливалась на 8 (7–9) сутки, гиперемия тканей и отек в области инфекционно-воспалительного очага были купированы на 5 (4–7) сутки, гнойная экссудация прекращалась на 6 (5–7) сутки, грануляции в ране визуализировались на 7 (6–8) сутки.

У пациентов с острым одонтогенным остеомиелитом челюсти, осложненным флегмоной 2-4 клетчаточных пространств, пальпация очага становилась безболезненной на 8 (7–9) сутки, конфигурация лица восстанавливалась на 9 (7,5–12) сутки, гиперемия и отек в области инфекционно-воспалительного очага были купированы на 7 (5,5–11) сутки, гнойная экссудация прекращалась на 7 (6–9) сутки, рост грануляций в ране определялся на 8 (7–10) сутки.

У пациентов с острым одонтогенным остеомиелитом челюсти, осложненным флегмоной дна полости рта, пальпация очага становилась безболезненной на 10,5 (9–12,5) сутки, конфигурация лица восстанавливалась на 12 (10,5–15) сутки, гиперемия и отек мягких тканей в области инфекционно-воспалительного очага были купированы на 10,5 (9–14,5) сутки, гнойная экссудация прекращалась на 9 (8,5–10) сутки, рост грануляций в ране определялся на 9 (8,5–10) сутки.

Длительность стационарного лечения пациентов с острым гнойным одонтогенным периоститом

челюсти составила 6 (4,5–8) суток, что было статистически значимо ниже, чем у пациентов 2, 3, 4 подгрупп с острым одонтогенным остеомиелитом челюсти, осложненным флегмоной прилежащих клетчаточных пространств различной распространенности ($p < 0,05$). Длительность лечения пациентов с острым одонтогенным остеомиелитом челюсти, осложненным флегмоной одного клетчаточного пространства, составила 9 (7–11) суток, что меньше ($p < 0,05$), чем у пациентов с острым одонтогенным остеомиелитом, осложненным флегмоной 2-4 клетчаточных пространств (10 (8,5–14) суток, $p = 0,002$), и у пациентов с острым одонтогенным остеомиелитом, осложненным флегмоной дна полости рта (13 (12–17) суток, $p = 0,0000001$). Пациенты с острым одонтогенным остеомиелитом челюсти, осложненным флегмоной 2-4 клетчаточных пространств, находились на стационарном лечении на 3 суток меньше, чем пациенты с острым одонтогенным остеомиелитом челюсти, осложненным флегмоной дна полости рта, $p = 0,003$ (рисунк 1).

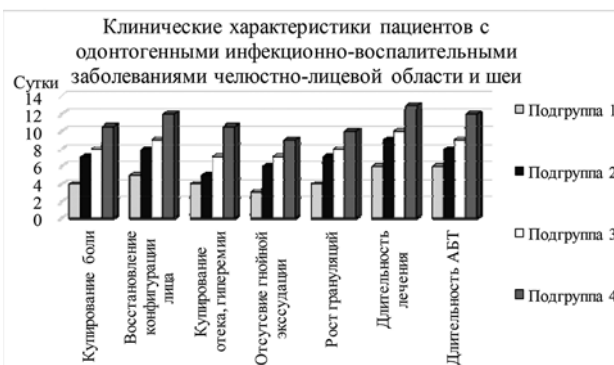


Рис. 1. Клинические характеристики пациентов с одонтогенными инфекционно-воспалительными заболеваниями челюстно-лицевой области и шеи

Таким образом, клинические характеристики пациентов с инфекционной-воспалительными заболеваниями челюстно-лицевой области и шеи ухудшаются по мере увеличения распространенности ИВП.

При развитии одонтогенного ИВП челюстно-лицевой области и шеи лейкоцитарный индекс интоксикации Островского (ЛИИО) достигает 4 (2,5–5,8), ядерный индекс (ЯИ) – 0,08 (0,05–0,12), индекс сдвига лейкоцитов крови (ИСЛК) – 4,2 (2,7–6,1), лимфоцитарно-гранулоцитарный индекс (ИЛГ) – 1,7 (1,05–3,04), индекс соотношения лейкоцитов и скорости оседания эритроцитов (ИЛСОЭ) – 2,9 (1,4–4,6), индекс соотношения нейтрофилов и моноцитов (ИСНМ) – 17,7 (11–32,5).

В подгруппе 1 пациентов ЛИИО составил 3,6 (2,7–5,6), ЯИ – 0,06 (0,03–0,09), ИСЛК – 3,9 (2,7–5,6),

ИЛГ – 2,1 (1,5–3,5), ИЛСОЭ – 1,8 (1,1–3,1), ИСНМ – 21,3 (16–39,5).

В подгруппе 2 пациентов ЛИИО составил 3,8 (2,5–5,2), ЯИ – 0,07 (0,04–0,12), ИСЛК – 4 (2,7–5,6), ИЛГ – 1,9 (1,1–3,1), ИЛСОЭ – 2,8 (1,5–4,2), ИСНМ – 16,8 (10,7–36).

В подгруппе 3 пациентов ЛИИО составил 4,5 (2,5–7,3), ЯИ – 0,09 (0,06–0,1), ИСЛК – 4,8 (2,8–8), ИЛГ – 1,5 (0,5–2,7), ИЛСОЭ – 3,7 (2–5,9), ИСНМ – 15,6 (9,5–28).

В подгруппе 4 пациентов ЛИИО составил 4,6 (2,6–7,3), ЯИ – 0,1 (0,07–0,1), ИСЛК – 4,6 (2,6–8,1), ИЛГ – 1,2 (0,7–2), ИЛСОЭ – 3,3 (2,3–5,4), ИСНМ – 16,2 (10,1–29,3).

Сравнение данных интегральных индексов интоксикации у выделенных подгрупп пациентов, выявило статистически значимые отличия критерия Kruskal-Wallis Anova по показателям ЯИ ($p=0,02$), ИЛГ ($p=0,01$) и ИЛСОЭ ($p=0,007$). На основании полученных данных можно отметить, что ЯИ и ИЛСОЭ статистически значимо увеличиваются, а ИЛГ снижается при большем распространении ИВП челюстно-лицевой области и шеи, что не противоречит сообщению Д. С. Аветикова и соавт. (2014) [11], но представляет более подробные сведения с точки зрения анализа клинико-лабораторных показателей, представленных в сравнительном аспекте в зависимости от степени распространенности патологического процесса.

Заключение. Таким образом, клинические характеристики пациентов с инфекционной-воспалительными заболеваниями челюстно-лицевой области и шеи ухудшаются по мере увеличения распространенности ИВП. Длительность стационарного лечения пациентов с острым гнойным одонтогенным периоститом челюсти составила 6 (4,5–8) суток; пациентов с острым одонтогенным остеомиелитом челюсти, осложненным флегмоной одного клетчаточного пространства – 9 (7–11) суток; пациентов с острым одонтогенным остеомиелитом, осложненным флегмоной 2-4 клетчаточных пространств – 10 (8,5–14) суток; пациентов с острым одонтогенным остеомиелитом, осложненным флегмоной ДПР – 13 (12–17) суток. ЯИ и ИЛСОЭ статистически значимо увеличиваются, а ИЛГ снижается при большем распространении ИВП челюстно-лицевой области и шеи.

Перспективы дальнейших исследований. Полученные результаты исследования отдельных клинико-лабораторных показателей позволят проводить оценку эффективности вновь предлагаемых и усовершенствованных методов лечения инфекционно-воспалительных заболеваний челюстно-лицевой области и шеи с использованием наиболее информативных диагностических тестов.

References

1. Fomichev EV, Kirpichnikov MV, Yarygina EN, Podolsky VV. Verifikacija klinicheskikh projavlenij hronicheskoy jendogennoj intoksikacii u pacientov s travmaticheskim osteomielitom nizhnej cheljusti. *Volgogr J of Med Res.* 2017; 4: 40-3. [Russian]
2. Izyumov AO, Noskova EV, Kolybelkin MV, Apraksina EY, Borodina TV, Klimov IV, et al. Vospalitel'nye zabolevanija cheljustno-licevoj oblasti u detej. *J of Siber Med Sci.* 2015; 5: 43-50. [Russian]
3. Romanenko IP, Konev SS, Gandylyan KS, Eliseeva EV, Lysenko MA, Apaguni AE, et al. Gnojno-vospalitel'nye zabolevanija cheljustno-licevoj oblasti i bolevye fenomeny. *Modern Probl of Sci and Educat.* 2017; 2. Available from: <http://science-education.ru/ru/article/view?id=26217> (accessed 28.12.2018) [Russian]
4. Karpov SM, Mosienko EM. Immunologicheskaja reaktivnost' u bol'nyh s ostrymi odontogennymi vospalitel'nymi zabo-levanijami. *Klinicheskaja nevrologija – clinical neurology.* 2009; 2: 3-5. [Russian]
5. Bajrikov IM, Monakov VA, Savel'ev AL, Monakov DV. Klinicheskij analiz zabolevaemosti odontogennymi flegmonami cheljustno-licevoj oblasti, po dannym otdelenija cheljustno-licevoj hirurgii klinik Samarskogo gosudarstvennogo medicinskogo universiteta. *Mezhdunarodnyj zhurnal prikladnyh i fundamental'nyh issledovanij – International Journal of Applied and Basic Research.* 2014; 11: 100-4. [Russian]
6. Pohodenko-Chudakova IO, Chudakov OP, Zhavoronok SV, Barmuckaja AZ, Kabanova SA, et al. *Klinicheskoe rukovodstvo: diagnostika, prognozirovanie i lechenie tjazhelyh oslozhenij infekcionno-vospalitel'nyh processov cheljustno-licevoj oblasti i shei: monografija.* Minsk: Ed Center of BSU; 2016. 398 s. [Russian]
7. Ostrovskij VK, Makarov SV, Jangolenko DV, Rodionov PN, Kochetkov LN, Asanov BM. Pokazateli krovi i lejkocitarnyj indeks intoksikacii pri ocenke tjazhesti techenija i opredelenii prognoza vospalitel'nyh, gnojnyh i gnojno-destruktivnyh zabo-levanij organov brjushnoj polosti i legkih. *Ul'janovskij mediko-biologicheskij zhurnal – Ulyanovsk Biomedical Journal.* 2011; 1: 73-8. [Russian]
8. Pohodenko-Chudakova IO, Kravchenko VO. Prognozirovanie techenija ostrogo odontogennogo sinusita verhnicheljustnoj pazuhi na osnovanii dannyh indeksa sdviga lejkocitov krovi. *Sechenovskiy Bull.* 2015; 3(21): 31-4. [Russian]
9. Rebrova OJu. *Statisticheskij analiz medicinskih dannyh. Primenenie paketa prikladnyh programm STATISTICA.* M: MediaSfera–Mediasfera; 2002. 312 s. [Russian]

10. Pohodenko-Chudakova IO, Chudakov OP, Barmuckaja AZ, Kabanova SA. *Tjzhelye oslozhnenija odontogennyh gnojno-vospalitel'nyh processov cheljustno-licevoj oblasti (tromboflebit ven lica, tromboz kavernoznogo sinusa, odontogennyj mediastinit): ucheb.-metod. posobie*. Vitebsk: VGMU; 2011. 158 s. [Russian]
11. Avetikov DS, Yaroshenko GA, Vu Vyet Kuong, Lepskiy VV. Citologicheskoe obosnovanie dinamiki processa zazhivlenija gnojnyh ran pri kompleksnom lechenii bol'nyh s odontogennymi flegmonami dna polosti rta po klassicheskoj metodike. *Bull of Probl In Biol and Med*. 2014; 3(115): 244-7. [Russian]
12. Schiff GD, Hasan O, Kim S, Abrams R, Cosby K, Lambert BL, et al. Diagnostic error in medicine: analysis of 583 physician-reported errors. *Arch Intern Med*. 2009; 169(20): 1881-7. PMID: 19901140. DOI: 10.1001/archinternmed.2009.333
13. Zatonskikh V, Venglovskiy A, Zhumambaeva S, Zhussupov B, Dakenov B, Toulebaev R, et al. Evolution of clinical manifestations of neck and face due to cutaneous leishmaniasis resulting in diagnostic errors. *Iranian J Publ Health*. 2013; 42(12): 1472-5.
14. Rasteniene R, Rimkuvienė J, Pečiulienė V. Apical periodontitis with the extraoral sinus tract. *Stomatologija*. 2006; 8: 18.

УДК [616. 716: 616. 743]: 616 - 002

КЛІНІКО-ЛАБОРАТОРНІ ПОКАЗНИКИ ПАЦІЄНТІВ З ІНФЕКЦІЙНО-ЗАПАЛЬНИМ ПРОЦЕСОМ ЩЕЛЕПНО-ЛИЦЕВОЇ ДІЛЯНКИ ТА ШИЇ

Кабанова А. А.

Резюме. Метою дослідження було виявити характерні зміни клініко-лабораторних показників у пацієнтів з інфекційно-запальним процесом щелепно-лицевої ділянки та шиї в залежності від їх поширеності.

Проведено обстеження групи пацієнтів (198 осіб) з інфекційно-запальним процесом щелепно-лицевої ділянки, які були розділені на 4 підгрупи: 1 підгрупа (40 осіб) - з гострим гнійним одонтогенним періоститом щелепи; 2-га (96 осіб) - з гострим гнійним одонтогенним остеомієлітом щелепи, ускладненим флегмоною одного клітковинного простору; 3-тя (36 осіб) - з гострим гнійним одонтогенним остеомієлітом щелепи, ускладненим флегмоною декількох клітковинних просторів; 4-а (26 людини) - з гострим гнійним одонтогенним остеомієлітом нижньої щелепи, ускладненим флегмоною дна порожнини рота.

Тривалість стаціонарного лікування пацієнтів з гострим гнійним одонтогенним періоститом щелепи складала 6 (4,5-8) діб; пацієнтів з гострим одонтогенним остеомієлітом щелепи, ускладненим флегмоною одного клітковинного простору - 9 (7-11) діб; пацієнтів з гострим одонтогенним остеомієлітом, ускладненим флегмоною 2-4 клітинних просторів - 10 (8,5-14) діб; пацієнтів з гострим одонтогенним остеомієлітом, ускладненим флегмоною дна порожнини рота - 13 (12-17) діб. Ядерний індекс і індекс співвідношення лейкоцитів статистично значимо збільшуються, а лімфоцитарно-гранулоцитарний індекс знижується при більшому поширенні інфекційно-запального процесу щелепно-лицевої ділянки та шиї.

Ключові слова: клінічні показники, лабораторні показники крові, інфекційно-запальний процес, щелепно-лицева ділянка.

UDC [616. 716: 616. 743]: 616 - 002

Clinical and Laboratory Indicators in Patients with Infectious Processes of the Maxillofacial Area and Neck

Kabanova A. A.

Abstract. According to various authors, patients with infectious and inflammatory processes of the maxillofacial area and neck make up to 50% of persons undergoing treatment in the departments of specialized hospitals.

The purpose of the study was to identify clinical and laboratory changes in patients with infectious processes of the maxillofacial area and neck.

Material and methods. The group of patients was divided into 4 subgroups: the 1st subgroup (40 people) comprised patients with the acute purulent odontogenic jaw periostitis, the 2nd subgroup (96 people) included patients with the acute purulent odontogenic jaw osteomyelitis complicated by phlegmon of one cellular space, the 3rd subgroup (36 people) had patients with the acute purulent odontogenic osteomyelitis of the jaw, complicated with phlegmon of 2-4 cellular spaces, and the 4th subgroup (26 people) included patients with the acute purulent odontogenic osteomyelitis of the mandible, complicated with phlegmon of the mouth floor.

We recorded the duration of hospitalization of patients, the rise in body temperature, the duration of antibiotic therapy, heart rate and respiration rate on the day of hospitalization. The state of the purulent wound was assessed daily, several terms were fixed: the day of pain ending, the day of face configuration recovery, the day of the skin hyperemia ending, the day of exudation ending, the day of granulation tissue growth.

Patients had general blood test for laboratory examination. On the basis of their results we made the calculation of the integral indices of intoxication was carried out with their subsequent interpretation.

Results and discussion. With the development of infectious and inflammatory process of maxillofacial region and neck of odontogenic etiology, the body temperature of patients was 37.8 (37.5-38) °C during the treatment. Heart rate was equal to 82 (74-90) beats per minute, respiration rate was 17 (17-18) per minute. The assessment of local clinical manifestations revealed the absence of pain in palpation of the inflammatory focus on the 7-th (6-9) day, the facial configuration was restored on the 8-th (6-10) day, the absence of edema and hyperemia in the wound area was stated on the 6-th (4-8) day, purulent exudation was stopped on the 6th (4-8) day, the growth of granulations was stated on the 7-th (5-9) day.

The duration of inpatient treatment for patients with the acute purulent odontogenic jaw periostitis was 6 (4.5-8) days; for patients with the acute odontogenic osteomyelitis of the jaw complicated by phlegmon of one cellular space it was 9 (7-11) days; for patients with the acute odontogenic osteomyelitis complicated by phlegmon 2-4 cellular spaces it was 10 (8,5-14) days; and for patients with the acute odontogenic osteomyelitis complicated by complicated by phlegmon of the mouth floor it was 13 (12-17) days.

The nuclear index and index of the ratio of leukocytes and the erythrocyte sedimentation rate statistically significantly increased and lymphocytic-granulocyte index decreased with a greater spread of infectious and inflammatory process of the maxillofacial area and neck.

Conclusion. The obtained results of the clinical and laboratory parameters allowed us to evaluate the effectiveness of the newly proposed and improved methods of treatment of infectious and inflammatory diseases of the maxillofacial region and neck using the most informative diagnostic tests.

Keywords: clinical indicators, laboratory blood parameters, infectious process, maxillofacial area.

The authors of this study confirm that the research and publication of the results were not associated with any conflicts regarding commercial or financial relations, relations with organizations and/or individuals who may have been related to the study, and interrelations of coauthors of the article.

Стаття надійшла 10.11.2018 р.

Рекомендована до друку на засіданні редакційної колегії після рецензування