

УДК 616-031.31-002.36+616-06

DOI 10.18413/2075-4728-2018-41-3-436-448

## **ГНОЙНО-ВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ У ПАЦИЕНТОВ С ПОЛИМОРБИДНЫМИ СОСТОЯНИЯМИ – МУЛЬТИДИСЦИПЛИНАРНАЯ ПРОБЛЕМА (ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ)**

### **PURULENT-INFLAMMATORY DISEASES OF THE MAXIMUM-FACE REGION IN PATIENTS WITH POLYMORBID CONDITIONS – MULTIDISCIPLINARY PROBLEM (REVIEW OF LITERATURE)**

**Л.В. Шевченко, С.Г. Пахлеваян, Ю.И. Журавлев**  
**L.V. Shevchenko, S.G. Pakhlevanyan, Yu.I. Zhuravlev**

Белгородский государственный национальный исследовательский университет,  
Россия, 308015, г. Белгород, ул. Победы, д. 85

Belgorod National Research University,  
85 Pobedy St., Belgorod, 308015, Russia

E-mail: pahlevanyan@bsu.edu.ru

#### **Аннотация**

В практике врачей всех специальностей неуклонно увеличивается доля пациентов, страдающих сочетанными заболеваниями (полиморбидными состояниями). Не является исключением сфера стоматологии и челюстно-лицевой хирургии. В работе рассмотрены основные этиопатогенетические механизмы сочетания гнойно-воспалительных заболеваний челюстно-лицевой области (ГВЗ ЧЛО) с соматической патологией (синтропия). Обобщены данные об особенностях сочетания соматических заболеваний с ГВЗ ЧЛО, роли хронического стресса, иммунопатий, медико-социальных факторов в развитии патологических процессов полости рта и окружающих тканей. Показаны особенности течения ГВЗ ЧЛО у пожилых и престарелых пациентов с полиморбидными состояниями; лиц, страдающих наркоманией и алкоголизмом с висцеропатией. Осуществлен анализ подходов к оценке степени тяжести ГВЗ ЧЛО и их лечению. Подчеркнуто, что в клинике челюстно-лицевой хирургии необходимо комплексно исследовать фоновую соматическую и психическую патологию с позиций мультидисциплинарности и учитывать результаты в разработке тактики ведения больного. Интегральный подход позволит в полной мере реализовать принцип персонификации медицинской помощи.

#### **Abstract**

In the practice of doctors of all specialties the proportion of patients suffering from combined diseases (polymorbide states) is steadily increasing. The sphere of dentistry and maxillofacial surgery is not an exception. The paper considers the main etiopathogenetic mechanisms in the combination of purulent-inflammatory diseases of the maxillofacial region (PID MFR) with somatic pathology (synthropy). Data on the features of the combination of somatic diseases with PID MFR, the role of chronic stress, immunopathies, medico-social factors in the development of pathological processes in the oral cavity and surrounding tissues are summarized. The features of the course of PID MFR in the elderly and elderly patients with polymorbid conditions are shown; persons suffering from drug addiction and alcoholism with visceropathy. The analysis of approaches to the evaluation of the severity of PID MFR and their treatment is carried out. It is emphasized that in the clinic of maxillofacial surgery it is necessary to study complex somatic and mental pathology in a complex way (multidisciplinary principle) and to take into account the results in developing the tactics of patient management. Integral approach will fully realize the principle of personification of medical care.

**Ключевые слова:** полиморбидность, гнойно-воспалительные заболевания челюстно-лицевой области, челюстно-лицевая хирургия, принцип мультидисциплинарности.

**Keywords:** polymorbidity, purulent and inflammatory diseases of maxillofacial region, maxillofacial surgery, the principle of multidisciplinary

Полиморбидность (П) в настоящее время приобретает все большую актуальность в связи с высокой распространенностью, трудностью диагностики, диффдиагностики, лечения и реабилитации. Ряд существенных проблем приходится решать и врачу при оказании помощи пациентам с гнойно-воспалительными заболеваниями челюстно-лицевой области (ГВЗ ЧЛО) на фоне множественных заболеваний.

Чаще всего П определяется хроническими социально-обусловленными неинфекционными заболеваниями (ХСОНЗ): гипертонической болезнью (ГБ), ишемической болезнью сердца (ИБС), метаболическим синдромом – кластером включающим, кроме выше упомянутых заболеваний, абдоминальное ожирение, нарушение толерантности к углеводам/сахарный диабет 2 типа (СД 2); хронической обструктивной болезнью легких (ХОБЛ), хроническим холециститом, желчно-каменной болезнью, отдельными формами рака и др. В патологоанатомической практике при обсуждении сочетанной патологии используется понятие «фоновое заболевание», которое будучи этиологически не связанным с основным, но включаясь в общий патогенез с основным заболеванием, являясь одной из причин его развития, впоследствии отягощает течение и способствует развитию осложнений, приводящих к летальному исходу [Зайратьянц и др., 2003; Ковалев и др., 2015].

ГВЗ ЧЛО – распространенная патология с высокой медико-социальной значимостью, поскольку большую часть больных составляют лица молодого трудоспособного возраста, нуждающиеся в активном, подчас достаточно дорогостоящем лечении в условиях стационара. При ГВЗ ЧЛО отмечаются высокие показатели заболеваемости с временной утратой трудоспособности, а также смертности от стоматологических заболеваний. Наиболее частыми их формами являются одонтогенный гайморит, абсцессы и флегмоны, кисты челюстей [Гончарова, 2011].

В общей структуре стоматологических заболеваний частота ГВЗ ЧЛО колеблется в пределах 55–65 % [Тер-Асатуров, 2005], а в структуре острых ГВЗ ЧЛО достигают 69,5 % и в настоящее время наблюдается тенденция к увеличению их удельного веса [Байриков и др., 2014; Карпов и др., 2009, 2014.].

Развитие ГВЗ ЧЛО в немалой степени зависит от преморбидного фона. Тяжелые общесоматические заболевания существенно снижают резистентность организма к микроорганизмам за счет нарушения продукции иммунокомпетентных клеток и гуморальных факторов, гемодинамических и дыхательных расстройств, приводящих, в свою очередь, к ухудшению трофики тканей; интоксикации и т.д. А присоединение ГВЗ ЧЛО лишь усугубляет эти расстройства гомеостатического [Нестеров и др., 2009].

ГВЗ ЧЛО на фоне соматической патологии являются не столько хронологической коморбидностью или дистропией [Пузырев и др., 2009], сколько синтропией – единичными этиопатогенетическими механизмами развития [Юдина, 2004].

С наличием фоновой патологии (сердечно-сосудистые заболевания (ССЗ) и болезни дыхательной системы, СД, заболевания почек и пищеварительной системы) связано более 50 % хирургических осложнений одонтогенной инфекции [Харитонов и др., 2009]. С.В. Ермоленко и др. [2012] выявлены фоновые заболевания у четверти (25,7 %) пациентов с тяжелым одонтогенным сепсисом. При этом в 14,3 % случаев наблюдались ССЗ (ИБС, ГБ, мерцательная аритмия), 8,6 % – СД, преимущественно тяжелой формы; у одного больного – системная красная волчанка с хронической почечной недостаточностью. Показано, что у таких пациентов на фоне сохраненных запасов жира, нормальной или повышенной массы тела в 88,6 % случаев отмечалось снижение висцерального пула белка с иммунодефицитом. В связи с этим становится очевидно, что

немаловажным направлением терапии является обеспечение организма энергетическими и пластическими субстратами, создание условий для максимально эффективного усвоения и восстановления белково-углеводно-липидного обмена. Е.Ю. Леонтьевой и др. [2017] установлено, что у 46–95 % пациентов врача-стоматолога стоматологическая патология имеет коморбидный характер. При этом установлена выраженная корреляция числа стоматологических заболеваний и возраста пациентов. Наиболее часто встречающимися нозологическими формами являются кариес, болезни пародонта и периодонтальных тканей. Пациенты с сочетанной стоматологической патологией, особенно на фоне соматических заболеваний, входят в группу риска по развитию ГВЗ ЧЛЮ и требуют особого внимания специалистов.

Серьезные проблемы возникают при развитии ГВЗ ЧЛЮ, в частности на фоне ИБС, особенно в случаях, требующих хирургических методов лечения. Аортокоронарное шунтирование, стентирование и другие методы реваскуляризации миокарда стали сегодня во многих медицинских организациях рутинными. Достигнуты немалые успехи и в хирургическом лечении пороков сердца, аритмий. После проведения таких оперативных вмешательств всем пациентам пожизненно назначаются антиагреганты и/или антикоагулянты. Между тем, выполнение хирургических вмешательств по поводу ГВЗ ЧЛЮ, требует изменения программы лечения этими препаратами, что может оказать влияние на течение кардиологического заболевания и привести к осложнениям [Величко и др., 2011]. У больных кардиохирургического профиля возможно развитие воспалительных процессов различной локализации как результат активации хронических очагов инфекции, в том числе – одонтогенной природы [Буткевич и др., 1996; Шевченко и др., 1996; Белов и др., 2001].

Немалые трудности возникают при оказании анестезиологического пособия пациентам с ГВЗ ЧЛЮ на фоне П. Общее обезболивание является одним из самых сложных разделов анестезиологии. Методы анестезии в челюстно-лицевой хирургии – это единственный раздел анестезиологии, где способ обезболивания зависит не только от объективных, но и от субъективных факторов, таких, как объем операции и послеоперационный период. При выборе метода интубации в таких случаях главным действующим лицом выступает больная [Руденков и др., 2005].

Степень П нарастает с возрастом. В литературе широко обсуждаются взаимосвязи соматической и стоматологической патологии у людей пожилого и старческого возраста [Цимбалистов и др., 2006]. Развитие одонтогенной флегмоны у пациентов в возрасте 60–75 лет с сопутствующими хроническими заболеваниями, даже находящимися в состоянии продолжительной ремиссии, сопровождается нарушениями в системе местного и общего иммунитета: выраженной стимуляцией врожденного и гуморального звеньев местного иммунитета ротовой полости на фоне признаков иммунодефицита Т-клеточного звена иммунитета в виде гиперцитокинемии и Т-лимфоцитопении в системном кровотоке [Фомичёв и др., 2014], повышения содержания ЦИК, дискомплементемией [Долгушин и др., 2008].

Инволютивные изменения в органах челюстно-лицевой области, в свою очередь, также способствуют развитию ГВЗ. В частности распространенным метаболическим заболеванием или инволютивным состоянием костной системы является остеопороз, характеризующийся снижением костной массы в единице объема и нарушением микроархитектоники костной ткани, приводящими к повышению ее хрупкости. Остеопороз челюсти возникает на самых ранних стадиях болезни пародонта [Галикеева и др., 2008]. На сегодняшний день накоплено достаточно сведений об изменении костной системы ЧЛЮ при СД [Козлова, 1958; Ефимов и др., 1972; Беневоленская, 2004; Муравьева и др., 2004; Шерешовец и др., 2012].

По данным А.В. Гончаровой (2011) более 14 % больных с ГВЗ ЧЛЮ составляют лица старше 60 лет. Они, как правило, имеют тяжелую сопутствующую патологию,

затягивающую процесс полной реконвалесценции и реабилитации. Наиболее распространенными видами сопутствующих заболеваний являются АГ (35 %), ИБС (23 %), болезни желудочно-кишечного тракта (23 %), СД 2 типа и заболевания щитовидной железы (14 %), а также аллергические заболевания (5 %). Отмечено, что 13 % пациентов имеют два и более сопутствующих заболевания. У пациентов с тяжелой сопутствующей патологией чаще наблюдались различные новообразования, кисты челюстей и хронический периодонтит [Гончарова, 2011]

В патогенезе воспалительного процесса у пациентов с флегмонами ЧЛО немаловажную роль играют нарушения в системе иммунитета и антиоксидантной защиты, коррелирующие между собой [Порфириадис и др., 2010] и усугубляющие патологический процесс, формируя «порочный круг» и синдром взаимного отягощения. Антиоксидантный и иммунный дисбаланс при ГВЗ ЧЛО тесно сопряжен со степенью эндогенной интоксикации, связанной с поступлением в кровь фракций эндотоксинов лизосомального происхождения и полипептидов средней молекулярной массы с интенсивностью, оказывающей существенное влияние на течение и прогноз [Каршиев и др., 2016; Krautsevich et al., 2008]. Эндогенная интоксикация, в свою очередь, приводит к декомпенсации нарушений со стороны жизненно важных органов и систем при тяжелых соматических заболеваниях и способствует неблагоприятному исходу. М.А. Губин с соавт. (2017) установили, что при сепсисе, ассоциированном с ГВЗ ЧЛО, две трети пациентов (68.4 %) страдали фоновой патологией. При этом чаще всего (более 60 %) встречались ССЗ и заболевания органов дыхания, реже (около 20 %) – СД, в основном второго типа. Фоновые заболевания органов пищеварения были представлены хроническими вирусными и токсическими гепатитами, болезнью оперированного желудка, алкогольной болезнью. Единичными являлись случаи хронической почечной недостаточности, требующие гемодиализа (2.4 %) [Губин, 2017].

Пациенты с заболеваниями полости рта на фоне соматической патологии входят в группу риска развития одонтогенного сепсиса. Понятие «ротовой сепсис» сформулировал W. Hunter еще в 1910 г. [Даценко, 1932]. В настоящее время показано, что состояние неспецифической резистентности тканей полости рта и иммунной системы кардиохирургических больных (операции аортокоронарного шунтирования, чрескожного коронарного вмешательства, протезирование сердечного клапана искусственным или имплантации электрокардиостимулятора) зависит от аутосенсбилизации организма, которая усиливается при ухудшении состояния полости рта и инициирует эндогенную интоксикацию организма, для определения выраженности которой предложено вычисление лейкоцитарного индекса интоксикации и индекса резистентности организма. При воспалении эти индексы отражают уровень интоксикации продуктами аутолиза тканей ЧЛО [Величко и др., 2011].

Для выработки тактики лечения важна оценка степени тяжести пациента ГВЗ ЧЛО. Попытки клинической оценки степени тяжести общего состояния больных с ГВЗ предпринимали многие авторы, поскольку отсутствие надежных диагностических и прогностических тестов затрудняет оценку тяжести состояния больных [Шалабаев и др., 2011, 2012; Морозова, 2014]. Однако большинство из них ограничивались преимущественно исследованием показателей, непосредственно характеризующих течение воспалительного процесса, между тем для повышения объективности оценки тяжести ГВЗ ЧЛО и прогнозирования исхода также необходимо изучение показателей состояния жизненно важных органов и систем организма больного. Решение этой задачи найдено в работе М.Н. Морозовой [2014], которая предложила метод оценки тяжести состояния пациентов с одонтогенными флегмонами, основанный на многомерном факторном анализе и предусматривающий учет соматических заболеваний. Автором выявлена связь тяжелого течения ГВЗ ЧЛО у больных с такими заболеваниями, как цирроз печени, ИБС, тяжелые ХОБЛ, СД, хроническая почечная недостаточность, тяжелая

наркотическая и алкогольная зависимости, иммунодефицит, сформировавшийся в результате недавно перенесенного тяжелого гнойного процесса (кишечной непроходимости, перитонита, пиелонефрита и др.). Пациенты, страдающие наркоманией и токсикоманией также имеют П, в том числе с поражением различных структур полости рта, начиная с осложненного кариеса до одонтогенных абсцессов и флегмон. Показано, в частности, что ГВЗ ЧЛО при опийной наркомании отличаются хроническим вялым течением, разлитым или диффузным характером, медленным купированием острых явлений, увеличением частоты и тяжести осложнений, безболезненностью и отсутствием жалоб, низкой эффективностью проводимых общепринятых лечебных мероприятий [Токмакова и др., 2013]. В группу риска по развитию ГВЗ ЧЛО входят также пациенты с алкогольной висцеропатией [Токмакова и др., 2014].

Широко распространенным фактором риска множества заболеваний является хронический стресс. В многочисленных исследованиях доказана его роль и в развитии патологии органов ЧЛО [Корневская, 2009].

В настоящее время психические расстройства различной степени тяжести нередко встречаются в практике врачей, в том числе – стоматологов. В связи с этим психоэмоциональное состояние пациентов с полиморбидными состояниями имеет немаловажное значение в процессе лечения ГВЗ ЧЛО и должно обязательно изучаться и учитываться при выборе тактики. Все пациенты с патологией ЧЛО на фоне психосоматической патологии (психических расстройств) нуждаются в диагностике психического здоровья [Оганов и др., 2017]. Однако нередко в связи с трудоемкостью существующих методик и дефицитом времени, особенно при амбулаторном наблюдении, она не может быть выполнена [Ерилин и др., 2016].

Есть основания полагать, что сочетание ГВЗ ЧЛО с П чаще приводит к летальному исходу. Непосредственной причиной смерти при этом выступает интоксикация. По мнению К.З. Шалабаевой с соавт. (2012), отсутствуют методики, позволяющие объективно судить, в частности, об уровне интоксикации ЦНС и степени тяжести состояния у больных с данной патологией [Шалабаева и др., 2012]. По видимому, преморбидный фон (атеросклеротические поражения сосудов головного мозга, последствия сердечно-сосудистых событий (инсультов)) играет при этом существенную роль. Наличие одного или нескольких фоновых заболеваний отягощает течение воспалительного процесса, создает возможности для генерализации инфекции, развития тяжелого сепсиса и органной недостаточности [Харитонов и др., 2009; Bone R.C. 1991].

Большую роль в эффективности лечения ГВЗ ЧЛО играют социально-экономические и психологические аспекты, возможность получения своевременной адекватной высококвалифицированной медицинской помощи.

Нередко пациенты с ГВЗ ЧЛО поздно обращаются за квалифицированной помощью, не выполняют назначений, получают неадекватно назначенную терапию, что приводит к увеличению частоты рецидивов заболеваний, их длительного течения, возникновению тяжелых гнойно-септических осложнений. В результате этого больные на длительное время утрачивают трудоспособность [Дубровина и др., 2004; Мустафаев и др., 2004; Скикевич и др., 2005]. При этом усугубляется также и течение ХСОНЗ. Формируется порочный круг.

Среди причин неудовлетворительных результатов лечения пациентов с ГВЗ ЧЛО выделяют следующие:

1) невозможность выполнять назначенное врачом лечение по финансовым причинам;

2) некритичное отношение пациентов к состоянию своего здоровья, обусловленное низким общекультурным уровнем знаний. Пациенты часто обращаются за медицинской помощью на 3-5 сутки от начала заболевания с поздними стадиями воспалительного

процесса. Об этом свидетельствует то, что 30% пациентов госпитализируется в отделение челюстно-лицевой хирургии с направлением на госпитализацию 2-3-х дневной давности;

3) неудовлетворительная организация стоматологических профилактических осмотров приводит к несвоевременной санации, развитию одонтогенной инфекции и одонтогенных гнойно-воспалительных заболеваний челюстно-лицевой области;

4) самостоятельная (или под влиянием окружения) коррекцией пациентами назначенного врачом медикаментозного лечения с переходом на методы нетрадиционной медицины или фитотерапии (спиртово-уксусные и согревающие масляные компрессы, уринотерапию, пищевые продукты (чеснок на предплечье) и т.д.);

5) обращение пациентов ко всякого рода экстрасенсам, народным целителям, ясновидящим и т.д.;

6) недостаточная информированность больных о состоянии здоровья, несвоевременное проведение коррекции общесоматического статуса пациентов;

7) недостаточно хорошее владение ряда врачей поликлиник знаниями этиологии, закономерностей клинического течения, особенностей диагностики и лечения воспалительных заболеваний челюстно-лицевой области;

8) неконтролируемое использование тепловых процедур при воспалительных заболеваниях в амбулаторных условиях, часто приводящее к распространению процесса и развитию различных осложнений;

9) прерывание курса лечения в амбулаторных условиях и выход на работу;

10) общедоступность лекарственных средств в аптечной сети, доверие пациентов к рекламе, широкое распространение само- и взаимолечения, что приводит к стертой клинике и атипичному течению воспалительного процесса, в том числе в связи с появлением антибиотикорезистентных форм микроорганизмов;

11) снижение качества жизни населения, ухудшение уровня и качества личной гигиены, способствующие снижению общей резистентности и неспецифического иммунитета [Шкільняк, 2010; Локес, 2014.]

Все эти факторы приводят к позднему обращению за квалифицированной помощью и тяжелому течению ГВЗ ЧЛО. Между тем показано, что при поступлении пациента в стационар в тяжелом состоянии летальность составляет 4.1%, а крайне тяжелом – 61.7 %. [Шалабаева и др., 2012].

Анализируя причины увеличения числа пациентов с воспалительными процессами лица и шеи, в том числе развивающимися на фоне тяжелой соматической патологии, ряд авторов [Белобородов, 1997, Харитонов и др., 2009] выделяют из них наиболее распространенные: возрастающее применение кортикостероидных и иммуносупрессивных препаратов, бессистемное использование антимикробных препаратов, особенности демографических процессов, возникновение более агрессивных и резистентных к использованию антибиотиков микроорганизмов, погрешности и ошибки при амбулаторном и стационарном лечении локализованных форм одонтогенных гнойных процессов.

Наличие сочетанной общесоматической патологии у пациентов с ГВЗ ЧЛО требует мультидисциплинарного подхода к их лечению и реабилитации. Показано, что в процессе реабилитации пациентов в условиях кабинета медико-социальной реабилитации больных с патологией ЧЛО на базе стоматологического отделения поликлиники 68 % пациентов потребовались консультации узких специалистов (невролога, терапевта, окулиста, оториноларинголога, аллерголога, эндокринолога, кардиолога и т.п.). При этом 25 % больных наблюдались у двух и более специалистов [Гончарова, 2011].

В поиске эффективных методов лечения ГВЗ ЧЛО большинство исследователей концентрируют внимание на нормализации иммунного статуса пациентов и совершенствовании хирургической техники. Установлена способность ряда иммуномодуляторов улучшать клиническое течение ГВЗ ЧЛО: стифорте, липопид

[Романчук и др., 2017]. Перспективным методом стабилизации нормофлоры полости рта и лечения ГВЗ ЧЛЮ представляется использование индигенных штаммов лактобацилл для создания новых пробиотиков. Показана способность этих лактобацилл формировать биопленку, проявлять коагрегирующую активность в отношении *S. aureus*, *C. albicans*, *P. aeruginosa*, *B. subtilis* [Червинец и др., 2012].

Показана высокая эффективность использования медицинского озона в базисном лечении больных старших возрастных групп с вялотекущими ГВЗ ЧЛЮ, позволяющего более полноценно и быстро достигать нормализации показателей неспецифической резистентности организма, Т-клеточного иммунитета, а также сокращать сроки госпитализации и число осложнений [Виткина и др., 2008].

В доклиническом исследовании установлено, что комплексная терапия, включающая местное орошение послеоперационных ран раствором гипохлорита натрия при сочетании с ультрафиолетовым облучением крови наиболее благоприятно влияет на течение раневого процесса и в большей мере способствует нормализации показателей эндогенной интоксикации [Балин и др., 2017].

### Заключение

Ярко выраженная тенденция к увеличению доли пациентов с полиморбидными состояниями заставляет специалистов различных областей осуществлять комплексный подход к их лечению. Развитие ГВЗ ЧЛЮ на фоне соматической и психосоматической патологии нередко является не только хронологической коморбидностью, но и носит характер синтропии [Юдина, 2004]. В настоящее время разработан и клинически апробирован ряд методов оценки П. Высокую эффективность показал, в частности, метод комплексной оценки П, основанный на полипараметрическом анализе с использованием программы для ЭВМ и предназначенный, в первую очередь, для скринингового использования в амбулаторно-поликлинических условиях [Журавлев и др., 2014]. Этот метод позволяет вычислять индекс полиморбидности и использовать его для прогнозирования течения заболеваний и оценки риска хирургического вмешательства.

Полиморбидность пациентов с ГВЗ ЧЛЮ существенно затрудняет диагностику, повышает риск осложнений при медикаментозном и хирургическом лечении, увеличивает сроки пребывания в стационаре и реабилитации пациентов. Вследствие этого существенно возрастают экономические затраты на оказание помощи этой категории больных и экономический ущерб, связанный с временной и стойкой нетрудоспособностью. Всестороннее исследование проблемы развития ГВЗ ЧЛЮ на фоне множественной соматической и психической патологии нуждается в дальнейшем продолжении. В этой работе, наряду со стоматологами и хирургами отделений челюстно-лицевой хирургии, должны участвовать также терапевты, иммунологи, психиатры, клинические фармакологи и врачи других специальностей.

### Список литературы References

1. Байриков И.М., Монаков В.А., Савельев А.Л., Монаков Д.В. 2014. Клинический анализ заболеваемости одонтогенными флегмонами челюстно-лицевой области по данным отделения челюстно-лицевой хирургии клиник Самарского государственного медицинского университета. Международный журнал прикладных и фундаментальных исследований. 11: 100–104.

Bayrikov I.M., Monakov V.A., Savel'ev A.L., Monakov D.V. 2014. Klinicheskiy analiz zaboлеваemosti odontogennymi flegmonami licevoy khirurgii klinik Samarskogo gosudarstvennogo medicinskogo universiteta [Clinical analysis of morbidity phlegmons odontogenic maxillofacial according to the department of maxillofacial surgery clinics of Samara state medical university]. Mezhdunarodnyy zhurnal prikladnykh i fundamental'nykh issledovaniy. 11: 100–104. (in Russian)

2. Балин В.Н., Каршиев Х.К., Музыкин М.И., Иорданишвили А.К. 2017. Эндогенная интоксикация при различных способах лечения распространенных флегмон (доклиническое исследование). Курский научно-практический вестник «Человек и его здоровье». 1: 77-80. (in Russian)

Balin V.N., Karshiev H.K., Muzykin M.I., Iordanishvili A.K. 2017. Endogennaya intoksikaciya pri razlichnyh sposobah lecheniya rasprostranennyh flegmon (doklinicheskoe issledovanie) [Endogenic intoxication in various methods of managing widespread phlegmons (pre-clinical trial)]. Kurskij nauchno-prakticheskij vestnik «Chelovek i ego zdorov'e». 1: 77-80. (in Russian)

3. Белобородов В.Б. 1997. Сепсис – современная проблема клинической медицины. Русский медицинский журнал. 24: С. 3.

Beloborodov V.B. 1997. Sepsis – sovremennaya problema klinicheskoy mediciny [Sepsis - a modern problem of clinical medicine]. Russkij medicinskij zhurnal. 24: S. 3. (in Russian)

4. Белов Б.С. 2001. Инфекционный эндокардит. Часть 1. Этиология, патогенез, клиническая картина. РМЖ. 6: 321–328.

Belov B.S. 2001. Infekcionnyj ehndokardit. Chast' 1. Etiologiya, patogenez, klinicheskaya kartina [Infective endocarditis. Part 1. Etiology, pathogenesis, clinical picture]. RMZH. 6: 321–328. (in Russian)

5. Беневоленская Л.И. 2005. Проблема остеопороза в современной медицине. Научно-практическая ревматология. 1: 4-7.

Benevolenskaya L.I. 2005. Problema osteoporoz v sovremennoj medicine [The problem of osteoporosis in modern medicine]. Nauchno-prakticheskaya revmatologiya. 1: 4-7. (in Russian)

6. Буткевич О.М., Виноградова Т.Л. 1996. Актуальные проблемы инфекционного эндокардита: обзор литературы и собственные данные. Терапевтический архив. 6: 147–151.

Butkevich O.M., Vinogradova T.L. 1996. Aktual'nye problemy infekcionnogo ehndokardita: obzor literatury i sobstvennye dannye [Topical problems of infective endocarditis: a review of literature and personal data]. Terapevticheskij arkhiv. 6: 147–151 (in Russian)

7. Величко Э.В., Гунько В.И. 2011. Актуальные проблемы в амбулаторной стоматологической практике при оказании помощи кардиологическим и кардиохирургическим больным. Вестник РУДН, серия Медицина. 1: 48-52.

Velichko E.V., Gun'ko V.I. 2011. Aktual'nye problemy v ambulatornoj stomatologicheskoy praktike pri okazanii pomoshchi kardiologicheskim i kardiohirurgicheskim bol'nym [Actual problems of outpatient dental care to cardiologic and cardiovascular patients]. Vestnik RUDN, seriya Medicina. 1: 48-52. (in Russian)

8. Величко Э.В., Гунько В.И., Занделов В.Л. 2011. Влияние состояния полости рта кардиохирургических больных на эндогенную интоксикацию организма. Земский врач. 2: 25-27.

Velichko, E.V., Gun'ko V.I., Zandelov V.L. 2011. Vliyanie sostoyaniya polosti rta kardiohirurgicheskikh bol'nykh na ehndogennuyu intoksikaciyu organizma [Oral cavity condition impact on endogenous system intoxication among cardiovascular patients]. Zemskij vrach. 2: 25-27. (in Russian)

9. Виткина Т.И., Кытикова О.Ю. 2008. Эффективность иммунокоррекции медицинским озоном при вялотекущих гнойных воспалительных процессах мягких тканей у больных пожилого и старческого возраста. Медицинская иммунология. 2-3: 277-282.

Vitkina T.I., Kytikova O., Yu. 2008. Effektivnost' immunokorrekcii medicinskim ozonom pri vyalotekushchikh gnojnykh vospalitel'nykh processakh myagkikh tkanej u bol'nykh pozhilogo i starcheskogo vozrasta [Efficiency of immunocorrection with medical ozone in protracted purulent inflammatory diseases affecting soft tissues in the patients of senior age group]. Medicinskaya immunologiya. 2-3: 277-282. (in Russian)

10. Гвозденко Т.А., Кытикова О.Ю., Виткина Т.И. 2013. Озонотерапия гнойно-воспалительных заболеваний челюстно-лицевой области у лиц пожилого возраста. Медицинский альманах. 3: 102-103.

Gvozdenco T.A., Kytikova O.Yu., Vitkina T.I. 2013. Ozonoterapiya gnojno-vospalitel'nykh zabolevanij chelyustno-licevoj oblasti u lic pozhilogo vozrasta [Ozonotherapy of purulent-inflammatory diseases of maxillofacial area in the elderly]. Medicinskij al'manakh. 3: 102-103. (in Russian)

11. Гончарова А.В. 2011. Роль стационарзамещающих технологий в реабилитации больных с воспалительными заболеваниями челюстно-лицевой области. Вестник РГМУ. 5: 76-79.

Goncharova A.V. 2011. Rol' stacionarzameshchayushchikh tekhnologij v rehabilitacii bol'nykh s vospalitel'nymi zabolevanijami chelyustno-licevoj oblasti [The role of hospital substituting technologies



in rehabilitation of patients with inflammatory diseases of maxillofacial area]. Vestnik RGMU. 5: 76-79. (in Russian)

12. Губин М.А., Иванов С.В., Громов А.Л., Водолазский Н.Ю. 2017. Характеристика фоновой патологии у пациентов с воспалительными заболеваниями лица и шеи. Курский научно-практический вестник «Человек и его здоровье». 2: 45-48.

Gubin M.A., Ivanov S.V., Gromov A.L., Vodolazskij N.Yu. 2017. Kharakteristika fonovoj patologii u pacientov s vospalitel'nymi zabolovanijami lica i shei [Description of background pathology in patients with inflammatory diseases of face and neck]. Kurskij nauchno-prakticheskij vestnik «Chelovek i ego zdorov'e». 2: 45-48. (in Russian)

13. Даценко М.Ф. 1932. О морфологической и гистогенетической характеристике так называемых оральных очагов инфекции. Советская стоматология. 2: 18–26.

Dacenko M.F. 1932. O morfologicheskoi i gistogeneticheskoi kharakteristike tak nazyvaemykh oral'nykh ochagov infekcii [On the morphological and histogenetic characteristics of the so-called oral foci of infection]. Sovetskaya stomatologiya. 2: 18–26. (in Russian)

14. Долгушин И.И., Латышина Л.С., Павлиенко Ю.В. 2008. Иммунологические показатели периферической крови у больных с одонтогенными флегмонами. Казанский медицинский журнал. 89 (1). С. 57-59.

Dolgushin I.I., Latyushina L.S., Pavlienko Yu.V. 2008. Immunologicheskie pokazateli perifericheskoi krovi u bol'nykh s odontogennymi flegmonami [Immunological parameters of peripheral blood in patients with odontogenic phlegmon]. Kazanskij medicinskij zhurnal. 89 (1). S. 57-59 (in Russian)

15. Дубровина Л.В., Сидорчук С.Г. 2004. Анализ выполнения пациентами назначений после хирургических стоматологических вмешательств. Укр. стомат. альманах. 5-6: 35-41.

Dubrovina L.V., Sidorchuk S.G. 2004. Analiz vypolneniya pacientami naznachenij posle khirurgicheskikh stomatologicheskikh vmeshatel'stv [Analysis of patients' performance after surgical dental interventions]. Ukr. stomat. al'manakh. 5-6: 35-41. (in Russian)

16. Ерилин Е.А., Анисимова Е.Н., Анисимова Н.Ю. 2016. Методы оценки психоэмоционального состояния пациентов в условиях амбулаторного стоматологического приёма. Вестник новых медицинских технологий. Электронное издание. 2: 124-130.

Erilin E.A., Anisimova E.N., Anisimova N.Yu. 2016. Metody ocenki psikhoeemocional'nogo sostoyaniya pacientov v usloviyah ambulatornogo stomatologicheskogo priyoma [Assessment methods of psykho-emotional state of the patients in terms of outpatient dental department]. Vestnik novykh medicinskikh tekhnologij. Elektronnoe izdanie. 2: 124-130. (in Russian)

17. Ермоленко С.В., Губин М.А., Струк Ю.В. 2012. К лечению острой дыхательной недостаточности при тяжелом одонтогенном сепсисе. Научные ведомости БелГУ. Серия: Медицина. Фармация. 22 (141): 44-46.

Ermolenko S.V., Gubin M.A., Struk Yu. V. 2012. K lecheniyu ostroj dykhatel'noj nedostatocnosti pri tyazhelom odontogennom sepsis [To acutere respiratory failure in severe odontogenic sepsis]. Nauchnye vedomosti BelGU. Seriya: Medicina. Farmaciya. 22 (141): 44-46. (in Russian)

18. Ефимов А.С. 1972. О патогенезе изменений костно-суставного аппарата при сахарном диабете I. Врач. дело. 8: 18-20.

Efimov A.S. 1972. O patogeneze izmenenij kostno-sustavnogo apparata pri sakharnom diabete I [On the pathogenesis of changes in the osteoarticular apparatus in diabetes mellitus I]. Vrach. delo. 8: 18-20. (in Russian)

19. Журавлев Ю.И., Тхорикова В.Н. 2014. Оптимизация оценки полиморбидности в амбулаторной терапевтической практике. Научные ведомости БелГУ. Серия: Медицина. Фармация. 11 (182): 164-172.

Zhuravlev Yu. I., Tkhorikova V.N. 2014. Optimizaciya ocenki polimorbidnosti v ambulatornoj terapevticheskoi praktike [The optimization of polymorbidity evaluation in outpatient therapeutic practice]. Nauchnye vedomosti BelGU. Seriya: Medicina. Farmaciya. 11 (182): 164-172. (in Russian)

20. Зайратьянц О.В., Кактурский Л.В., Автандилов Г.Г. 2003. Формулировка и сопоставление заключительного клинического и патологоанатомического диагнозов. М., Московский государственный медико-стоматологический университет, кафедра патологической анатомии. 45 с.

Zajrat'yanc O.V., Kakturskij L.V., Avtandilov G.G. 2003. Formulirovka i sopostavlenie zaklyuchitel'nogo klinicheskogo i patologoanatomicheskogo diaznozov [Formulation and comparison of the final clinical and pathoanatomical diagnoses]. M., Moskovskij gosudarstvennyj mediko-stomatologicheskij universitet, kafedra patologicheskoy anatomii. 45 s. (in Russian)

21. Карпов, С.М. Христофорандо Д.Ю., Семенов Р.Р., Хатуева А.А. 2014. Структура и особенности диагностики неврологических проявлений у пациентов с челюстно-лицевой травмой по данным челюстно-лицевого отделения Ставрополя. *Стоматология*. 4 (93): 27–29.

Karpov, S.M. Khristoforando D.Yu., Semenov R.R., Khatuaeva A.A. 2014. Struktura i osobennosti diagnostiki nevrologicheskikh proyavlenij u pacientov s chelyustno-licevoj travmoy po dannym chelyustno-licevogo otdeleniya Stavropolya [Structure and specific diagnostic features of neurologic deficiencies in patients with maxillofacial injuries admitted to Stavropol Maxillofacial Surgery Unit]. *Stomatologiya*. 4 (93): 27–29. (in Russian)

22. Карпов С.М., Мосиенко Е.М. 2009. Показатели временной нетрудоспособности у больных с одонтогенными воспалительными заболеваниями. *Вестник медицинского стоматологического института*. 1: 15–7.

Karpov S.M., Mosienko E.M. 2009. Pokazateli vremennoj netrudospobnosti u bol'nykh s odontogennymi vospalitel'nymi zabolevaniyami [Indicators of temporary disability of patients with odontogenic inflammatory diseases]. *Vestnik medicinskogo stomatologicheskogo instituta*. 1: 15–7. (in Russian)

23. Каршиев Х.К., Балин В.Н., Иорданишвили А.К. 2016. Динамика показателей функционального состояния печени у больных с одонтогенными гнойно-воспалительными заболеваниями челюстно-лицевой области, осложненными сепсисом. *Якутский медицинский журнал*. 4: 56-58.

Karshiev H.K., Balin V.N., Iordanishvili A.K. 2016. Dinamika pokazatelej funkcional'nogo sostoyaniya pečeni u bol'nykh s odontogennymi gnojno-vospalitel'nymi zabolevaniyami chelyustno-licevoj oblasti, oslozhnennymi sepsisom [The dynamics of the liver functional status in patients with odontogenic purulent-inflammatory diseases of the maxillofacial region, complicated by sepsis]. *Yakutskij medicinskij zhurnal*. 4: 56-58. (in Russian)

24. Ковалев А.В., Шмаров Л.А., Теньков А.А. 2015. Характеристика понятий, используемых в судебной медицине, и их логическая основа. *Судебно-медицинская экспертиза*. 2: 52-56.

Kovalev A.V., Shmarov L.A., Ten'kov A.A. 2015. Kharakteristika ponyatij, ispol'zuemyh v sudebnoj medicine, i ih logicheskaya osnova [The characteristics of the notions used in forensic medicine and their logical basis]. *Sudebno-medicinskaya ehkspertiza*. 2: 52-56. (in Russian)

25. Козлова Е. К. 1958. О поражениях костей и суставов при сахарном диабете I. *Клин. мед.* 36 (4): 90-93.

Kozlova E. K. 1958. O porazheniyah kostej i sustavov pri sakharnom diabete I [About lesions of bones and joints in diabetes mellitus I]. *Klin. med.* 36 (4): 90-93. (in Russian)

26. Оганов Г.В., Денисов И.Н., Симаненков В.И., Бакулин И. Г., Бакулина Н. В., Болдуева С. А., Барбараш О. Н., Гарганеева Н. П., Доцицин В. Л., Драпкина О. М., Дудинская Е. Н., Котовская Ю. В., Лила А. М., Мамедов М. Н., Марданов Б. У., Миллер О. Н., Петрова М. М., Поздняков Ю. М., Рунихина Н. К., Сайганов С. А., Тарасов А. В., Ткачева О. Н., Уринский А. М., Шальнова С. А. 2017. Коморбидная патология в клинической практике. Клинические рекомендации. Кардиоваскулярная терапия и профилактика. 16 (6): 5-56.

Oganov G.V., Denisov I.N., Simanenkov V.I., Bakulin I. G., Bakulina N. V., Boldueva S. A., Barbarash O. N., Garganeeva N. P., Doshchicin V. L., Drapkina O. M., Dudinskaya E. N., Kotovskaya YU. V., Lila A. M., Mamedov M. N., Mardanov B. U., Miller O. N., Petrova M. M., Pozdnyakov YU. M., Runikhina N. K., Sajganov S. A., Tarasov A. V., Tkacheva O. N., Urinskij A. M., SHal'nova S. A. 2017. Komorbidnaya patologiya v klinicheskoy praktike [Comorbidities in practice. Clinical guidelines]. *Klinicheskie rekomendacii. Kardiovaskulyarnaya terapiya i profilaktika*. 16 (6): 5-56. (in Russian)

27. Корневская Н.А., Городецкая И.В. 2009. Влияние стресса на состояние тканей челюстно-лицевой области. *Вестник ВГМУ*. 3: 1-20.

Korenevskaya N.A., Gorodeckaya I.V. 2009. Vliyanie stressa na sostoyanie tkanej chelyustno-licevoj oblasti [The influence of stress on the condition of the tissues of the maxillofacial area]. *Vestnik VGMU*. 3: 1-20. (in Russian)

28. Леонтьева Е.Ю., Быковская Т.Ю., Молчанова А.В. Коморбидность стоматологической патологии. 2017. *Главный врач*. 55: 22-24.

Leont'eva E.Yu., Vykovskaya T.Yu., Molchanova A.V. Komorbidnost' stomatologicheskoy patologii [Comorbidity of dental pathology]. 2017. *Glavnyj vrach*. 55: 22-24. (in Russian)

29. Локес К.П. 2014. Аналіз причин незадовільних результатів лікування хворих із гнійно-запальними процесами щелепно-лицевої ділянки. Актуальні проблеми сучасної медицини: Вісник української медичної стоматологічної академії. 4 (48): 20-23.

Lokes K.P. 2014. Analiz prichin nezadovil'nih rezul'tativ likuvannya hvorih iz gnijno-zapal'nimi procesami shchelepno-licevoї dilyanki [Failure causes analysis of therapeutic outcomes in patients with inflammatory processes in maxillofacial area]. *Aktual'ni problemi suchasnoї medicini: Visnik ukrains'koї medichnoї stomatologichnoї akademії*. 4 (48): 20-23. (in Russian)

30. Морозова М.Н. 2014. Шкалы оценки тяжести состояния пациентов с одонтогенными флегмонами. Вестник проблем биологии и медицины. 4 (4): 341-345.

Morozova M.N. 2014. Shkaly ocenki tyazhesti sostoyaniya pacientov s odontogennymi flegmonami [Scales of Estimation of Weight of the State of Patients in Cases of Odontogenous]. *Vestnik problem biologii i mediciny*. 4 (4): 341-345. (in Russian)

31. Муравьева И.Н., Кондратова Т.В. 2004. Остеопороз как проблема современности и его особенности у больных с эндокринной патологией. Новые медицинские технологии. 2: 40-44.

Murav'eva I.N., Kondratova T.V. 2004. Osteoporoz kak problema sovremennosti i ego osobennosti u bol'nykh s endokrinnoj patologiej [Osteoporosis as a problem of the present and its peculiarities in patients with endocrine pathology]. *Novye medicinskie tekhnologii*. 2: 40-44. (in Russian)

32. Мустафаев М.Ш., Нагоев Б.С., Шогенова А.Р. 2004. Комплексное лечение больных с гнойно-воспалительными заболеваниями челюстно-лицевой области. Фундаментальные исследования. 2: 78-79.

Mustafaev M.Sh., Nagoev B.S., Shogenova A.R. 2004. Kompleksnoe lechenie bol'nykh s gnojno-vozpалitel'nymi zabolevaniyami chelyustno-licevoj oblasti [Complex treatment of patients with purulent-inflammatory diseases of the maxillofacial area]. *Fundamental'nye issledovaniya*. 2: 78-79. (in Russian)

33. Нестеров О.В., Нестерова Е.Е. 2009. Диагностика и коррекция нарушений микроциркуляторного русла при острых одонтогенных заболеваниях челюстей. Практическая медицина. 1 (33): 77-78.

Nesterov O.V., Nesterova E.E. 2009. Diagnostika i korrekciya narushenij mikrocirkulyatornogo rusla pri ostryh odontogennyh zabolevaniyakh chelyustej [Diagnosis and correction of infringements microcirculationic frustration at sharp odontogenic diseases of jaws]. *Prakticheskaya medicina*. 1 (33): 77-78. (in Russian)

34. Порфириадис М.П., Сашкина Т.И., Шулаков В.В., Карakov К.Г., Бирюлёв А.А. 2010. Динамика показателей неспецифической резистентности у больных с флегмонами челюстно-лицевой области и возможности её коррекции. Медицинский вестник Северного Кавказа. 2: 44-46.

Porfiriadis M.P., Sashkina T.I., Shulakov V.V., Karakov K.G., Biryulyov A.A. 2010. Dinamika pokazatelej nespecificheskoj rezistentnosti u bol'nykh s flegmonami chelyustno-licevoj oblasti i vozmozhnosti eyo korrekcii [The dynamics of nonspecific immunity indicators in patients with maxillofacial area phlegmons and possibility of its correction]. *Medicinskij vestnik Severnogo Kavkaza*. 2: 44-46. (in Russian)

35. Пузырев В.П., Фрейдин М.Б. 2009. Генетический взгляд на феномен сочетанных заболеваний человека. *Acta Naturae* (русскоязычная версия). 3: 57-63.

Puzyrev V.P., Frejdin M.B. 2009. Geneticheskij vzglyad na fenomen sochetannykh zabolevanij cheloveka [The phenomenon of combined human diseases in the genetic aspect]. *Acta Naturae (russkoyazychnaya versiya)*. 3: 57-63. (in Russian)

36. Романчук А.Л., Дубов В.С., Чагина Е.А. 2017. К вопросу о применении иммуномодулирующей терапии при одонтогенных флегмонах. Медицинская иммунология. S. (19): 234.

Romanchuk A.L., Dubov V.S., Chagina E.A. 2017. K voprosu o primenenii immunomoduliruyushchej terapii pri odontogennykh flegmonakh [On the question of the use of immunomodulatory therapy in odontogenic phlegmon]. *Medicinskaya immunologiya*. S. (19): 234. (in Russian)

37. Руденков М.Н., Медведев А.С. 2005. Анестезиологическое обеспечение операций в челюстно-лицевой хирургии. Альманах клинической медицины. 8-5: 100-102.

Rudencov M.N., Medvedev A.S. 2005. Anesteziologicheskoe obespechenie operacij v chelyustno-licevoj khirurgii [Anesthesiology of operations in maxillofacial surgery]. *Al'manah klinicheskoy mediciny*. 8-5: 100-102. (in Russian)

38. Скикевич М.Г., Локес Е.П., Кравченко С.Б. 2005. Лечебный комплаенс у больных с воспалительными заболеваниями челюстно-лицевой области. Вопросы эксперим. и клин. стоматологии. 9: 127-129.

Skikevich M.G., Lokes E.P., Kravchenko S.B. 2005. Lechebnyj komplajens u bol'nykh s vospalitel'nymi zabolevanijami chelyustno-licevoj oblasti [Medical compliance in patients with inflammatory diseases of the maxillofacial region]. Voprosy ehksperimental'noj i klin. stomatologii. 9: 127-129. (in Russian)

39. Тер-Асатуров Г.П. 2005. Некоторые вопросы патогенеза одонтогенных флегмон. Стоматология. 84 (1): 20–27.

Ter-Asaturov G.P. 2005. Nekotorye voprosy patogeneza odontogennykh flegmon [Some questions of the pathogenesis of odontogenic phlegmon]. Stomatologiya. 84 (1): 20–27. (in Russian)

40. Токмакова С.И., Луницына Ю.В. 2013. Клиническое течение воспалительных заболеваний полости рта у больных опишной наркоманией в зависимости от стажа употребления психотропных веществ. Проблемы стоматологии. 6: 8-11.

Tokmakova S.I., Lunicyna Yu.V. 2013. Klinicheskoe techenie vospalitel'nykh zabolevanij polosti rta u bol'nykh opijnoj narkomaniej v zavisimosti ot stazha upotrebleniya psihotropnykh veshchestv [The clinical course of inflammatory diseases of the oral cavity in patients with opioid addiction, depending on the length of use of psychotropic substances]. Problemy stomatologii. 6: 8-11. (in Russian)

41. Токмакова С.И., Луницына Ю.В., Талалаева Р.С. 2014. Особенности стоматологического статуса больных хроническим алкоголизмом. Проблемы стоматологии. 2: 26-30.

Tokmakova S.I., Lunicyna Yu.V., Talalaeva R.S. 2014. Osobennosti stomatologicheskogo statusa bol'nykh khronicheskim alkogolizmom [Features of the stomatologic status of patients with chronic alcoholism]. Problemy stomatologii. 2: 26-30. (in Russian)

42. Фарахов Э.З., Булгакова А.И., Галикеева А.Ш., Потапов О.Г., Серов О.В., Галикеев М.Ф. 2008. Рентгенодиагностика генерализованного пародонтита. Казанский медицинский журнал. 89 (1): 59-60.

Farrakhov E.Z., Bulgakova A.I., Galikeeva A.SH., Potapov O.G., Serov O.V., Galikeev M.F. 2008. Rentgenodiagnostika generalizovannogo parodontita [X-ray diagnostics with generalized periodontitis]. Kazanskij medicinskij zhurnal. 89 (1): 59-60. (in Russian)

43. Фомичёв Е.В., Гумилевский Б.Ю., Сербин А.С. 2014. Динамика показателей иммунного статуса у больных пожилого возраста с одонтогенной флегмоной челюстно-лицевой области на фоне иммунокорригирующей терапии. Кубанский научный медицинский вестник. 3 (145):119-123.

Fomichyov E.V., Gumilevskij B.YU., Serbin A.S. 2014. Dinamika pokazatelej immunного statusa u bol'nykh pozhilogo vozrasta s odontogennoj flegmonoj chelyustno-licevoj oblasti na fone immunokorrigiruyushchej terapii [The dynamic of the indexes of immune status of elderly patients with odontogenic phlegmon of the maxillofacial region along with taking immunomodulatory therapy]. Kubanskij nauchnyj medicinskij vestnik. 3 (145):119-123. (in Russian)

44. Харитонов Ю.М., Ленев В.Н. 2009. Клинико-лабораторная характеристика острых воспалительных заболеваний челюстно-лицевой области и шеи, вызванных анаэробной инфекцией/ Вестник экспериментальной и клинической хирургии. 2 (1): 60-63.

Kharitonov Yu.M., Lenev V.N. 2009. Kliniko-laboratornaya kharakteristika ostrykh vospalitel'nykh zabolevanij chelyustno-licevoj oblasti i shei, vyzvannykh anaerobnoj infekciej [Clinical and laboratory characteristics of acute inflammatory diseases of the maxillofacial region and neck caused by anaerobic infection]. Vestnik ehksperimental'noj i klinicheskoy khirurgii. 2 (1): 60-63. (in Russian)

45. Цимбалистов А.В., Михайлова Е.С., Пихур О.Л., Гончаренко Е.Т. 2006. Особенности стоматологического и соматического статуса пациентов пожилого и старческого возраста. Вестник СПбГУ. Серия 11. Медицина. 4: 113-123.

Cimbalistov A.V., Mikhajlova E. S., Pikhur O.L., Goncharenko E.T. 2006. Osobennosti stomatologicheskogo i somaticheskogo statusa pacientov pozhilogo i starcheskogo vozrasta [Special features dental and somatic status of patients of elderly and older age]. Vestnik SPbGU. Seriya 11. Medicina. 4: 113-123. (in Russian)

46. Червинец Ю.В., Червинец В.М., Миронов А.Ю., Ботина С.Г., Гагарина Е.Ю., Самоукина А.М., Михайлова Е.С. 2012. Индигенные лактобациллы полости рта человека — кандидаты в пробиотические штаммы. Курский научно-практический вестник «Человек и его здоровье».1: 131-137.

Chervinec Yu.V., Chervinec V.M., Mironov A.Yu., Botina S.G., Gagarina E.Yu., Samoukina A.M., Mikhajlova E.S. 2012. Indigennye laktobacilly polosti rta cheloveka — kandidaty v probioticheskie shtammy [The resident lactobacillus from human oral cavity – candidates for probiotic strains]. Kur'skij nauchno-prakticheskij vestnik «Chelovek i ego zdorov'e».1: 131-137. (in Russian)

47. Шалабаев О.Д. 2011. Диагностика степени тяжести общего состояния у больных с одонтогенными флегмонами. Рос. стоматол. журнал. 2: 31–32.

Shalabaev O.D. 2011. Diagnostika stepeni tyazhesti obshchego sostoyaniya u bol'nykh s odontogennymi flegmonami [Diagnosis of the severity of the general condition in patients with odontogenic phlegmon]. Ros. stomatol. zhurnal. 2: 31–32. (in Russian)

48. Шалабаев О.Д., Шалабаева К.З., Амхадова М.А., Толмачев В.Е. 2012. Клиническая оценка степени тяжести общего состояния больных с одонтогенными флегмонами. Российский стоматологический журнал. 5: 41-42.

Shalabaev O.D., Shalabaeva K.Z., Amkhadova M.A., Tolmachev V.E. 2012. Klinicheskaya ocenka stepeni tyazhesti obshchego sostoyaniya bol'nykh s odontogennymi flegmonami [The clinical assessment of the degree of gravity of the General condition of patients with odontogenous phlegmons]. Rossijskij stomatologicheskij zhurnal. 5: 41-42. (in Russian)

49. Шалабаева К.З., Шалабаев О.Д., Амхадова М.А., Толмачев В.Е. 2012. Динамика летальности больных с тяжелым течением одонтогенных флегмон. Росс. стомат. журнал. 6: 35.

Shalabaeva K.Z., Shalabaev O.D., Amkhadova M.A., Tolmachev V.E. 2012. Dinamika letal'nosti bol'nykh s tyazhelym techeniem odontogennykh flegmon [Dynamics of mortality in patients with severe course of odontogenic phlegmon]. Ross. stomat. zhurnal. 6: 35. (in Russian)

50. Шевченко, Ю.Л., Шихвердиев Н.Н. 1996. Ангиогенный сепсис. СПб.: Наука. 124.

Shevchenko, Yu.L., Shihverdiev N.N. 1996. Angiogennyj sepsis [Angiogenic sepsis]. SPb.: Nauka. 124. (in Russian)

51. Шерешовец А.И. Матвеев Р.С. 2012. Исследование фациометрических параметров при сахарном диабете. Электронный научно-образовательный вестник «Здоровье и образование в XXI Веке». 9 (14): 223.

Shereshovets A.I. Matveev R.S. 2012. Issledovanie faciometrisheskikh parametrov pri sakharnom diabete [Research of the faciometric parameters in diabetes mellitus]. Elektronnyj nauchno-obrazovatel'nyj vestnik «Zdorov'e i obrazovanie v XXI Veke». 9 (14): 223. (in Russian)

52. Шкильняк Л.И. 2010. Особенности возникновения и течения одонтогенных гнойно-воспалительных процессов челюстно-лицевой области. Известные методы лечения и их недостатки (обзор литературы). Укр. стомат. альманах. 3: 79-84.

Shkil'nyak L.I. 2010. Osobennosti vozniknoveniya i techeniya odontogennykh gnojno-vozpалitel'nykh processov chelyustno-licevoj oblasti. Izvestnye metody lecheniya i ikh nedostatki (obzor literatury) [Features of the onset and course of odontogenic purulent-inflammatory processes in the maxillofacial region. Known methods of treatment and their disadvantages]. Ukrainskij stomatologicheskij al'manakh. 3: 79-84. (in Russian)

53. Юдина Н.А. 2004. Обоснование патогенетических механизмов взаимосвязи стоматологических и общих заболеваний. Стомат. журнал. 2: 16-19.

Yudina N.A. 2004. Obosnovanie patogeneticheskikh mekhanizmov vzaimosvyazi stomatologicheskikh i obshchikh zabolevanij [The substantiation of pathogenetic mechanisms of interrelation of stomatological and general diseases]. Stomatologicheskij zhurnal. 2: 16-19. (in Russian)

54. Bone R.C. 1991. Sepsis, the sepsis syndrome, multi-organ failure: a plain for comparable definitions. Ann. Intern. Med. 114 (4): 332-333.

55. Krautsevich L., Khorow O. 2008. Clinical aspects, diagnosis and treatment of the phlegmons of maxillofacial area and deep neck infections. Otolaryngol. 62 (5): 545-548.