

Клинический случай реабилитации пациента с одонтогенной флегмоной челюстно-лицевой области

И.С. Новикова, О.В. Гуленко, Т.В. Гербова, С.К. Шафранова

ФГБОУ ВО Кубанский государственный медицинский университет Минздрава России, Краснодар, Россия

РЕЗЮМЕ

В связи с ростом числа пациентов с одонтогенными флегмонами челюстно-лицевой области на сегодняшний день актуальным остается поиск новых способов местного и общего лечения, позволяющих не только снизить риск распространения инфекции, но и улучшить течение раневого процесса. В настоящем исследовании представлен клинический случай лечения пациента с одонтогенной флегмоной челюстно-лицевой области при помощи вакуум-терапии. После комплексного обследования пациента проведено оперативное вмешательство, в ходе которого для дренирования раны использовали вакуум-терапию, в сочетании с антибактериальной, десенсибилизирующей, антитромботической, дезинтоксикационной терапией и обезболивающими препаратами. После оперативного вмешательства в 1-е, 3-е и 5-е сутки местный статус раны оценивали на основании динамического визуального наблюдения и фотопротокола: наличие гиперемии, отека, инфильтрации тканей, а также проводили общий анализ и биохимию крови, обращая особое внимание на показатели гемограммы и С-реактивного белка. Результаты комплексного лечения одонтогенной флегмоны челюстно-лицевой области показали, что применение вакуум-терапии улучшает дренаж раневого экссудата, очищение и перфузию раны, тем самым, ускоряя ее заживление, а также сокращая периода стационарного лечения.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: челюстно-лицевая область, одонтогенная флегмона, вакуум-терапии.

ЭТИКА. Использованы данные пациента в соответствии с письменным информативным согласием.

СОГЛАСИЕ НА ПУБЛИКАЦИЮ. В статье использованы клинические данные пациента в соответствии с подписанным им информированным согласием.

КОНФЛИКТ ИНТЕРЕСОВ. Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

A clinical case of rehabilitation of a patient with odontogenic phlegmon of the maxillofacial region

I.S. Novikova, O.V. Gulenko, S.K. Shafranova

Kuban State Medical University, Krasnodar, Russia

SUMMARY

Due to the growing number of patients with odontogenic phlegmons of the maxillofacial region, the search for new methods of local and general treatment remains relevant today, allowing not only to reduce the risk of infection, but also to improve the course of the wound process. The present study presents a clinical case of treatment of a patient with odontogenic phlegmon of the maxillofacial region using vacuum therapy. After a comprehensive examination of the patient, surgical intervention was performed, during which vacuum therapy was used to drain the wound, in combination with antibacterial, desensitizing, antithrombotic, detoxification therapy and pain medications. After surgery on days 1, 3, and 5, the local wound status was assessed based on dynamic visual observation and a photocall: the presence of hyperemia, edema, and tissue infiltration, and a general blood analysis and biochemistry were performed, paying special attention to hemogram and C-reactive protein parameters. The results of complex treatment of odontogenic phlegmon of the maxillofacial region have shown that the use of vacuum therapy improves the drainage of wound exudate, cleansing and perfusion of the wound, thereby accelerating its healing, as well as shortening the period of inpatient treatment.

KEYWORDS: maxillofacial region, odontogenic phlegmon, vacuum therapy.

ETHICS. The data is used in accordance with the informed consent of patient.

PATIENT CONSENT. The article uses the patient's clinical data in accordance with the informed consent signed by him.

CONFLICT OF INTEREST. The authors declare that they have no conflicts of interest.

Введение

Совершенствование лечения гнойно-воспалительных заболеваний лица и шеи продолжает вызывать научно-практический интерес специалистов хирургической направленности. Анализ российской и зарубежной релевантной литературы показал увеличение числа пациентов с гнойно-воспалительными заболеваниями челюстно-лицевой области за счет появления атипичных форм, бесконтрольного использования антибактериальных препаратов и поздней обращаемости, что приводит к осложнениям и летальному исходу [1–3].

Ежегодно от гнойно-воспалительных заболеваний челюстно-лицевой области (ЧЛЮ) умирает 0,1–0,3% больных от числа всех госпитализированных пациентов в России [4].

Предполагается, что рост пациентов с данной патологией связан с такими факторами, как низкая иммунологическая резистентность организма больного, высокая патогенность микрофлоры, увеличение антибиотико-резистентных штаммов микроорганизмов [1].

Одонтогенные воспалительные заболевания составляют значительную долю госпитализаций в отделения челюстно-лицевой хирургии. По данным Колесникова А.В.

с соавторами (2021), 27–61% пациентов с выявленными гнойно-воспалительными поражениями ЧЛЮ, в том числе с одонтогенными флегмонами, подлежат госпитализации в стационар [5].

Послеоперационный уход за ранами в условиях стационара за последние годы претерпел значительные изменения в контексте используемых лекарственных средств и технологий. Единой стратегии по лечению ран не разработано, однако для каждой из фаз раневого процесса определены наиболее эффективные методики и лекарственные средства [6].

По мнению большинства авторов, стандарты лечения пациентов с флегмонами и другими гнойно-воспалительными заболеваниями челюстно-лицевой области должны иметь комплексный характер [7, 8]. Ведущая роль при оказании помощи таким больным отводится экстренному хирургическому лечению, ориентированному, в первую очередь, на полноценное дренирование гнойной раны. Грамотный выбор спектра лекарственных препаратов антибактериальной, противовоспалительной, антитромботической и прочей направленности не менее важен, однако не следует переоценивать их роль в лечении обсуждаемой патологии – это адьювантная терапия [9, 10].

Метод вакуум-терапии направлен на улучшение процессов заживления за счет умеренной дегидратации, количественного снижения контаминации и усиления перфузии раневой поверхности посредством приложенного отрицательного давления. Исследования вакуум-терапии *in vitro* показали активизацию миграции фибробластов, усиление пролиферации через митоз и создание среды, которая способствует образованию грануляционной ткани [11]. Эти данные согласуются с экспериментальными исследованиями на кроликах, показавшими факт стимуляции ангиогенеза за счёт увеличения калибра капилляров, объема крови в зоне влияния отрицательного давления и локальной выработки факторов роста. Кроме того, при локальном воздействии отрицательного давления, те же авторы наблюдали сужение эндотелиальных пространств и восстановление целостности базальных мембран капилляров, что уменьшало отёк тканей за счёт снижения проницаемости кровеносных сосудов и удаления избыточной жидкости из раны. Также было показано повышенное образование грануляционной ткани при различных режимах использования вакуум-терапии [12, 13].

В отечественной литературе имеются исследования, указывающие на деформацию раневого ложа и уменьшение площади раны под воздействием отрицательного давления [14, 15]. По мнению Левчук А. Л. с соавт. (2020), ангиогенез в ране запускается за счет микродеформации под влиянием вакуума, которая приводит к увеличению давления на подповерхностные ткани, уменьшению просвета мелких кровеносных сосудов и обратимому дефициту микроциркуляции. Местное снижение градиента циркуляции создает картину гипоксии в тканях, которая и благоприятствует появлению новых сосудов в ране [16]. Давление в ране ниже атмосферного (125 мм рт. ст.) способствует заживлению посредством вторичного или третичного натяжения: воздействие макронапряжения (центростреми-

тельной силы) сближает края раны, а микронапряжение (воздействие на микроциркуляцию) вызывает растяжение клеток, усиление перфузии тканей, митоз клеток и пролиферацию фибробластов [17]. Циклическое приложение субатмосферного давления меняет цитоскелет клеток в раневом ложе и запускает каскад внутриклеточных сигналов, способствующих увеличению скорости деления клеток и последующего образования грануляционной ткани [7].

Несмотря имеющиеся исследования эффективности этой техники, показывающие очевидную пользу отрицательного давления на процесс заживления раны, этот способ так и не приобрел статус метода выбора/резерва в хирургической практике. Более того, ряд научных работ свидетельствует о неубедительности доказательств эффективности вакуум-терапии [18, 19], а механизмы терапевтического воздействия отрицательного давления на раневую процесс окончательно не изучены.

Цель исследования – представить клинический опыт лечения пациента с одонтогенной флегмоной челюстно-лицевой области при помощи вакуум-терапии и проанализировать эффективность проведенных лечебных мероприятий.

Материалы и методы

Комплексное обследование и лечение пациента с диагнозом «одонтогенная флегмона поднижнечелюстной области справа, крыловидно-нижнечелюстного, окологлоточного, подмассетерального пространств справа проводилось в отделении челюстно-лицевой хирургии ГБУЗ «Краевая клиническая больница скорой медицинской помощи» и министерства здравоохранения Краснодарского края.

После проведенного оперативного вмешательства назначалась антибактериальная, десенсибилизирующая, антитромботическая, дезинтоксикационная терапия и обезболивающие препараты [20].

Для создания непрерывного попеременного отрицательного давления (125/60 мм рт. ст.) в ране использовался вакуум-аппарат «VivanoTec» (Hartmann, Германия) и стерильный перевязочный набор VivanoMed Foam Kit (Hartmann, Германия), в который входила гидрофобная полиуретановая губка «VivanoMed Foam», адгезивная пленка «Hydrofilm», дренажный порт для аспирации раневой жидкости, которая собиралась в контейнер для сбора экссудата «VivanoTec Exudate Container», 800 мл (рис. 1–3).



Рисунок 1. Вакуум-аппарат «VivanoTec» для лечения ран отрицательным давлением



Рисунок 2. Стерильный перевязочный набор VivanoMed Foam Kit



Рисунок 3. Контейнер для сбора экссудата VivanoTec Exudate Container, 800 мл

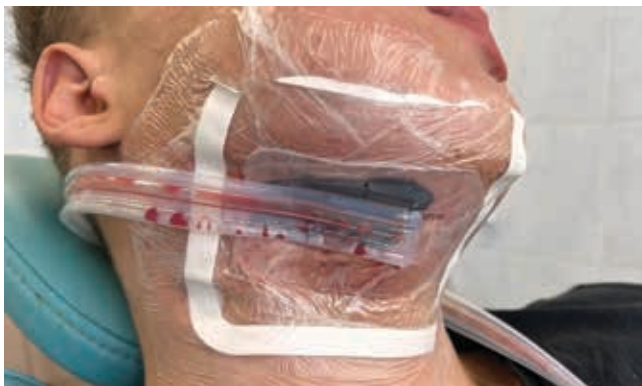


Рисунок 4. Фото пациента сразу после фиксации вакуум-повязки в 1-е сутки после операции



Рисунок 5. Фото пациента Б. с диагнозом «одонтогенная флегмона поднижнечелюстной области справа, крыловидно-нижнечелюстного, окологлоточного, подмассетерияльного пространств справа»

Для установки вакуум-повязки проводилось обезжиривание кожи вокруг раны спиртовым кожным антисептиком. Ножницами формировался подходящий размер гидрофобной полиуретановой губки, которую устанавливали, адаптируя под контуры раневого ложа. Затем рану изолировали адгезивной пленкой «Hydrofilm», которую фиксировали на кожу поверх раны. В пленке вырезали «технологическое» окно, к которому фиксировали порт, соединяющий операционную рану с контейнером для сбора экссудата. Контейнер фиксировался к вакуум-аппарату, за счет которого и создавалось отрицательное давление в ране (рис. 4).

Местный статус раны оценивали на основании динамического визуального наблюдения и фотопротокола: наличие гиперемии, отека, инфильтрации тканей. Для оценки эффективности предложенного метода лечения принимали во внимание клинико-лабораторные показатели, в том числе сроки нормализации температуры тела и общего состояния, оценивали скорость появления видимых грануляций, сроки наложения вторичных швов и продолжительность пребывания пациента в стационаре.

Результаты и обсуждение

Пациент Б., 23 года, поступил в стационар с жалобами на боли в поднижнечелюстной, околоушно-жевательной областях справа, ограниченное открывание рта, боли при глотании (рис. 5).

Сбор анамнеза выявил, что боль в зубе 4.7. беспокоила пациента в течение 5-ти дней, однако за специализированной медицинской помощью в течении этого времени он не обращался.

Общее состояние больного – средней степени тяжести, температура тела 38,2 °С, дыхание везикулярное, тоны сердца ясные, пульс ритмичный 98 ударов в минуту, артериальное давление – 125/80 мм рт. ст., о коморбидной патологии не сообщалось.

При внешнем осмотре конфигурация лица изменена за счет воспалительного инфильтрата поднижнечелюстной области справа, подмассетерияльного пространства справа. Кожный покров над инфильтратом был гиперемирован, отечен, напряжен, в складку не собирался. Открывание рта ограничено до 2,5 см и болезненное, также болезненное глотание.

В полости рта: слизистая оболочка в проекции крыловидно-нижнечелюстной складки справа отечна, гиперемирована, пальпация болезненна. Определялось выбухание, гиперемия слизистой оболочки, резкая болезненная пальпация боковой стенки глотки справа.

На панорамной томографии зубов визуализировался очаг радиолуценции в проекции корней зуба 4.7, в виде участка сниженной плотности, с частичным сохранением характерного костного рисунка, с нечёткими контурами, размеры 7×6 мм, распространяющийся на область межкорневой перегородки, что клинически может соответствовать деструкции кости при периапикальном абсцессе.

Показатели гемограммы при госпитализации: уровень лейкоцитов – $16 \times 10^9/\text{л}$, сдвиг лейкоцитарной формулы влево, уровень палочкоядерных нейтрофилов – 11%,

сегментоядерных – 71 %, уровень С-реактивного белка (СРБ) – 155 мг/л, скорость оседания эритроцитов (СОЭ) – 29 мм/час.

После премедикации, под общим обезболиванием (эндотрахеальным наркозом Севофлураном) проведено вскрытие и дренирование флегмоны, ревизия поднижнечелюстной области справа, крыловидно-нижнечелюстного, окологлоточного, подмассетериального пространства справа, получен гнойный экссудат. Взят мазок из раны на определение микробных ассоциаций и чувствительности к антибиотикам. Рана промыта раствором хлоргексидина биглюконата 0,05 %, дренирована расщепленными полихлорвиниловыми трубками. Выполнен тщательный гемостаз и наложена асептическая повязка с раствором «Бетадин» (повидон-йод).

В 1-е сутки после операции пациент предъявлял жалобы на болевые ощущения в области раны, боль при глотании и приеме пищи (рис. 6). Общее состояние соответствовало тяжести перенесенного оперативного вмешательства, температура тела 37,6 °С. Параметры гемограммы: уровень лейкоцитов – 17×10^9 /л, сдвиг лейкоцитарной формулы влево, уровень палочкоядерных нейтрофилов – 8 %, сегментоядерных – 72%, уровень СРБ – 159 мг/л, СОЭ – 63 мм/час. Степень открывания рта около 3,0 см, незначительно болезненно.

Наблюдалось изменение конфигурации лица за счет послеоперационного отека мягких тканей поднижнечелюстной, околоушно-жевательной областей справа, гиперемия кожного покрова в области операции, а также умеренная инфильтрация мягких тканей раны. К концу первых суток проводилась антисептическая обработка раны водным раствором хлоргексидина биглюконата 0,05% по дренажам, удаление дренажей и наложение вакуум-дренирующей повязки для продолжения местного лечения раны отрицательным давлением.

Первый этап вакуум-терапии длился 3 дня. На 3-и сутки состояние пациента удовлетворительное, температура тела 36,9 °С. Параметры гемограммы: уровень лейкоцитов – 9×10^9 /л, сдвиг лейкоцитарной формулы влево, уровень палочкоядерных нейтрофилов – 7%, сегментоядерных – 47%, уровень СРБ – 80 мг/л, СОЭ – 50 мм/час. Жалобы на незначительно болезненное глотание и затрудненное открывание рта до 3,5 см. Отмечалось уменьшение отека мягких тканей, находящихся вблизи и под адгезивной пленкой вакуум-повязки. В контейнере для сбора экссудата имелась раневая жидкость. После снятия вакуум-повязки визуально определялось отсутствие участков некроза и инфильтрации раны (рис. 7).

Рана была промыта раствором хлоргексидина биглюконата 0,05% до чистых промывных вод и наложена повторно вакуум-повязка до 5-х суток с целью уменьшения объема раны и стимуляции образования грануляционной ткани (рис. 8).

На 5-е сутки после проведенного оперативного вмешательства общее состояние пациента удовлетворительное, температура тела – 36,8 °С. Параметры гемограммы: уровень лейкоцитов – 7×10^9 /л, сдвиг лейкоцитарной формулы влево, уровень палочкоядерных нейтрофилов – 4%,



Рисунок 6. Фото послеоперационной раны в 1-е сутки после вмешательства у пациента Б.



Рисунок 7. Фото послеоперационной раны сразу после снятия вакуум-повязки на 3-е сутки после операции у пациента Б.



Рисунок 8. Фото пациента Б. сразу после фиксации вакуум-повязки на 3-е сутки после операции

сегментоядерных – 51%, уровень СРБ – 20 мг/л, СОЭ – 32 мм/час. Новых жалоб пациент не предъявлял, отмечал улучшение общего состояния и уменьшение болевого синдрома. Открывание рта не ограничено, боли при глотании отсутствуют. После снятия вакуум-повязки имелся незначительный отек кожного покрова в области оперативного вмешательства (рис. 9).



а



б

Рисунок 9. Фото пациента Б. сразу после снятия вакуум-повязки на 5-е сутки после операции: а – вид справа, б – вид снизу



Рисунок 10. Фото пациента Б. сразу после проведения вторичной хирургической обработки раны на 5-е сутки вакуум-терапии

В ране визуально определялись обильные грануляции и сокращение краев. Учитывая положительную динамику клинико-лабораторных параметров и признаки регенерации гнойной раны, было принято решение о проведении вторичной хирургической обработки (рис. 10).

Заключение

Комплексное лечение пациента с разлитой одонтогенной флегмоной челюстно-лицевой области 2-х и более клетчаточных пространств показало, что при использовании «вакуум-терапии» восстановление клинико-лабораторных параметров до нормальных значений, очищение раны и образование грануляционной ткани констати-

ровались к 5-м суткам. Такой темп местного процесса очищения раны позволил наложить вторичные швы в более ранние сроки и уменьшить период госпитализации пациента.

Метод местного лечения ран отрицательным давлением нуждается в дальнейшем изучении и совершенствовании с точки зрения использования при флегмонах труднодоступных анатомических областей. Использование вакуум-терапии может быть полезной альтернативой традиционному лечению (с пассивным дренированием) пациентов с одонтогенными флегмонами разной локализации, что особенно актуально в современных условиях, учитывая проблемы резистентности инфекции к антибактериальным препаратам и перегрузку органов здравоохранения в период эпидемий и пандемий.

Список литературы / References

1. Котова М.А., Оппедизано М.Д.Л. Особенности течения и хирургического лечения больных с флегмонами шеи. *Forcipe*. 2022;5(3):967. Kotova M.A., Oppedizano M.D.L. Features of the course and surgical treatment of patients with neck phlegmon. *Forcipe*. 2022;5(3):967.
2. Высельцева Ю.В., Хомутичкина Н.Е., Дурново Е.А., и др. Ретроспективный анализ распространенности одонтогенных флегмон среди населения г. Нижнего Новгорода. *Смоленский медицинский альманах*. 2020;(3):54–57. Vysel'tseva Yu.V., Khomutinnikova N.E., Durnovo E.A., and others. A retrospective analysis of the prevalence of odontogenic phlegmon among the population of Nizhny Novgorod. *Smolensk medical almanac*. 2020;(3):54–57.
3. Shakya N., Sharma D., Newaskar V., et al. Epidemiology, Microbiology and Antibiotic Sensitivity of Odontogenic Space Infections in Central India. *J Maxillofac Oral Surg*. 2018;7(3):324–331. <https://doi.org/10.1007/s12663-017-1014-y>.
4. Оразвалиев А.И., Дубов Д.В., Вагнер О.Н. Статистические данные по частоте и структуре гнойно-воспалительных заболеваний челюстно-лицевой области по материалам отделения гнойной челюстно-лицевой хирургии ГБУЗ «ГКБ им. Ф.И. Иноземцева ДЗМ». *Российская стоматология*. 2020;13(2):12–15. <https://doi.org/10.17116/rosstomat20201302112>. Orazvaliev A.I., Dubov D.V., Wagner O.N. Statistical data on the frequency and structure of purulent-inflammatory diseases of the maxillofacial region based on the materials of the Department of purulent maxillofacial surgery of the GBUZ «State Clinical Hospital named after F.I. Inozemtsev DZM». *Russian dentistry*. 2020;13(2):12–15. <https://doi.org/10.17116/rosstomat20201302112>.
5. Колесников А.В., Кирсанова И.В., Гришина Т.Д. Клинический случай одонтогенной флегмоны орбиты. *Вестник оперативной хирургии и топографической анатомии*. 2021;3(4):45–49. Kolesnikov A.V., Kirsanova I.V., Grishina T.D. A clinical case of odontogenic phlegmon of the orbit. *Bulletin of Operative Surgery and Topographic Anatomy*. 2021;3(4):45–49.
6. Кириенкова Е.В., Вульф М.А., Турсунов Р.М., Литвинова Л.С. Патофизиология типовых патологических процессов. Калининград. Балтийский федеральный университет имени Иммануила Канта. 2023; 141 с. Kirienkova E.V., Wulf M.A., Tursunov R.M., Litvinova L.S. Pathophysiology of typical pathological processes. *Kaliningrad. Immanuel Kant Baltic Federal University*. 2023; 141 p.
7. Normandin S., Safran T., Winocour S., et al. Negative Pressure Wound Therapy: Mechanism of Action and Clinical Applications. *Semin Plast Surg*. 2021;35(3):164–170. <https://doi.org/10.1055/s-0041-1731792>.
8. Луценко Ю.Г., Матийшич А.Б., Абрамова Ю.Г. Клинико-лабораторные аспекты эффективности лимфостимулирующих технологий в комплексном лечении синдрома диабетической стопы. *Архив клинической и экспериментальной медицины*. 2023;32(2):61–65. Lutsenko Yu.G., Matijtsiv A.B., Abramova Yu.G. Clinical and laboratory aspects of the effectiveness of lymphostimulating technologies in the complex treatment of diabetic foot syndrome. *Archive of Clinical and Experimental Medicine*. 2023;32(2):61–65.
9. Садкеев А.М. Использование инновационных повязок Асептисорб-ДТ и Асептисорб-ДК в лечении гнойных ран. *Врач*. 2017;(3):59–63. Sadkeev A.M. The use of innovative dressings Aseptisorb-DT and Aseptisorb-DC in the treatment of purulent wounds. *Doctor*. 2017;(3):59–63.
10. Marioni G., Fasanaro E., Favaretto N., et al. Are panels of clinical, laboratory, radiological, and microbiological variables of prognostic value in deep neck infections? An analysis of 301 consecutive cases. *Acta Otolaryngol*. 2019;139(2):214–218. <https://doi.org/10.1080/00016489.2018.1532606>.
11. Nolf MC. Filling the vacuum: Role of negative pressure wound therapy in open wound management in cats. *J Feline Med Surg*. 2021;23(9):823–833. <https://doi.org/10.1177/1098612X211037873>.
12. Norman G., Goh EL, Dumville JC, et al. Negative pressure wound therapy for surgical wounds healing by primary closure. *Cochrane Database Syst Rev*. 2020;6(6):CD009261. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD009261.pub6>.

13. Hrubovčák J, Jelínek P, Židek R, Martínek L. Prophylactic application of closed-in-cision NPWT in aseptic surgery – a review of literature. *Profylaktické použití podtlakové terapie (Ci-NPWT) v aseptické chirurgii – přehled literatury. Cas Lek Cesk.* 2023; 162(5): 207-211.
14. Оболенский В.Н., Ермолов А.А. Метод локального отрицательного давления в профилактике и лечении раневых инфекций (обзор литературы). *Медицинский алфавит.* 2017;1(5):49–52.
Obolensky V.N., Ermolov A.A. The method of local negative pressure in the prevention and treatment of wound infections (literature review). *Medical alphabet.* 2017;1(5):49–52.
15. Мукушев М.М., Жумабаев М.Н., Нурманов К.Ж., и др. Современные методы местного лечения ран при синдроме диабетической стопы. *Прикаспийский вестник медицины и фармации.* 2021;2(3):26–32.
Mukushev M.M., Zhumaboev M.N., Nurmanov K.Zh., and others. Modern methods of local wound treatment in diabetic foot syndrome. *The Caspian Bulletin of Medicine and Pharmacy.* 2021;2(3):26–32.
16. Левчук А.Л., Сысов О.Ю., Стойко Ю.М. Применение метода локального отрицательного давления в лечении пациентов с инфицированными сетчатыми эндопротезами после герниопластик. *Вестник Национального медико-хирургического Центра им. Н.И. Пирогова.* 2020;(4):91–95. <https://doi.org/10.25881/BPNMSC.2020.91.54.017>.
Levchuk A.L., Sysov O.Yu., Stoiko Yu.M. Application of the local negative pressure method in the treatment of patients with infected mesh endoprostheses after hernioplasty. *Bulletin of the National Medical and Surgical Center named after N.I. Pirogov.* 2020;(4):91–95. <https://doi.org/10.25881/BPNMSC.2020.91.54.017>.
17. Frazee R., Manning A., Abernathy S., et al. Open vs Closed Negative Pressure Wound Therapy for Contaminated and Dirty Surgical Wounds: A Prospective Randomized Comparison. *J Am Coll Surg.* 2018;226(4):507–512. <https://doi.org/10.1016/j.jamcollsurg.2017.12.008>.
18. Santosa K.B., Keane A.M., Keller M., et al. Inpatient Versus Outpatient Management of Negative Pressure Wound Therapy in Pediatric Patients. *J Surg Res.* 2020; 254:197–205. <https://doi.org/10.1016/j.jss.2020.04.025>.
19. Якубов Р.А., Бекетов Д.А., Халтурин И.В., Анисимов А.Ю. NPWT-терапия в комплексной лечебной программе панкреатогенного сепсиса. *ПМ.* 2017; 4(105):21–26.
Yakubov R.A., Beketov D.A., Khalturin I.V., Anisimov A.Y. NPWT therapy in a comprehensive treatment program for pancreatogenic sepsis. *PM.* 2017; 4(105): 21–26.
20. Министерство здравоохранения Российской Федерации. Клинические рекомендации при абсцессах кожи лица. Флегмоны лица. Флегмоны / абсцессы полости рта. М. 2016. 56 с. https://cniis.ru/chief/documents/clinical_guidelines.php.
Ministry of Health of the Russian Federation. *Clinical recommendations for facial skin abscesses. Phlegmon of the face. Phlegmons and abscesses of the oral cavity.* М. 2016. 56 p. https://cniis.ru/chief/documents/clinical_guidelines.php.

Статья поступила / Received 20.10.2025
Получена после рецензирования / Revised 21.10.2025
Принята в печать / Accepted 05.11.2025

Информация об авторах

Новикова Ирина Сергеевна – старший лаборант кафедры хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии
E-mail: novikova.irina.1993@mail.ru. eLibrary. SPIN: 5804-5167.
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-0385-8518>

Гуленко Ольга Владимировна – д.м.н., доцент, профессор кафедры хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии
E-mail: olga.gulenko@mail.ru. eLibrary. SPIN: 8886-1743.
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-5257-903X>

Гербова Татьяна Витальевна – к.м.н., ассистент кафедры хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии
E-mail: gerbova70@inbox.ru. eLibrary. SPIN: 4427-0182.
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-9069-0062>

Шафранова Светлана Константиновна – к.м.н., доцент, доцент кафедры хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии
E-mail: skonstantinovna@gmail.com. eLibrary. SPIN: 7808-2912.
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-2418-1550>

ФГБОУ ВО Кубанский государственный медицинский университет Минздрава России, Краснодар, Россия

Контактная информация:

Новикова Ирина Сергеевна. E-mail: novikova.irina.1993@mail.ru

Для цитирования: Новикова И.С., Гуленко О.В., Гербова Т.В., Шафранова С.К. Клинический случай реабилитации пациента с одонтогенной флегмоной челюстно-лицевой области. *Медицинский алфавит.* 2025;(30):117–122. <https://doi.org/10.33667/2078-5631-2025-30-117-122>

Author information

Irina Sergeevna Novikova – Senior Laboratory Assistant at the Department of Surgical Dentistry and Maxillofacial Surgery
E-mail: novikova.irina.1993@mail.ru. eLibrary. SPIN: 5804-5167.
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-0385-8518>

Gulenko Olga Vladimirovna – MD, Associate Professor, Professor of the Department of Surgical Dentistry and Maxillofacial Surgery
E-mail: olga.gulenko@mail.ru. eLibrary. SPIN: 8886-1743.
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-5257-903X>

Gerbova Tatiana Vitalievna – PhD, Assistant Professor at the Department of Surgical Dentistry and Maxillofacial Surgery
E-mail: gerbova70@inbox.ru. eLibrary. SPIN: 4427-0182.
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-9069-0062>

Shafranova Svetlana Konstantinovna – Candidate of Medical Sciences, Associate Professor, Associate Professor of Surgical Dentistry and Maxillofacial Surgery
E-mail: skonstantinovna@gmail.com. eLibrary. SPIN: 7808-2912.
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-2418-1550>

Kuban State Medical University, Krasnodar, Russia

Contact information

Novikova Irina Sergeevna. E-mail: novikova.irina.1993@mail.ru

For citation: Novikova I.S., Gulenko O.V., Shafranova S.K. A clinical case of rehabilitation of a patient with odontogenic phlegmon of the maxillofacial region. *Medical alphabet.* 2025;(30):117–122. <https://doi.org/10.33667/2078-5631-2025-30-117-122>

