
СТОМАТОЛОГИЯ

И. В. Химич, В. С. Хлыбов, М. В. Кирпичников, В. В. Подольский

Кафедра хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии ВолгГМУ

ВЛИЯНИЕ АНТИОКСИДАНТА «МЕКСИДОЛ» НА КЛИНИЧЕСКОЕ ТЕЧЕНИЕ ФУРУНКУЛА ЛИЦА В СТАДИИ АБСЦЕДИРОВАНИЯ

УДК 617.52+616-002.34

В работе представлены данные об эффективности применения препарата «Мексидол» в комплексном лечении больных с абсцедирующим фурункулом лица. Установлено, что включение этого препарата в базисную терапию этой категории больных способствует благоприятному течению инфекционно-воспалительного процесса и сокращает пребывание больных на стационарном лечении.

Ключевые слова: «Мексидол», фурункул, воспаление.

I. V. Khimich, V. S. Khlybov, M. V. Kirpichnikov, V. V. Podolsky

IMPACT OF «MEXIDOLE» ANTIOXIDANT ON CLINICAL PROGRESS OF PATIENTS WITH ABSCESED FURUNCLE

The data on «Mexidole» effectiveness in complex treatment of patients with facial abscessed furuncle are presented in the work. Administration of this drug in basic therapy of these patients clearly promoted a favorable course of inflammatory-infectious process and shortened the time of patients stay in hospital.

Key words: «Mexidole», furuncle, inflammation.

Проблема лечения больных с фурункулом лица по-прежнему актуальна, что связано с неуклонным ростом численности пациентов с данной патологией. Это, в свою очередь, обусловлено ухудшением экологической обстановки, изменением традиционного питания, хроническим стрессом и т. д. По данным ряда авторов, фурункулы лица в России составляют около 30 % от всех воспалительных заболеваний челюстно-лицевой области. В 5—27 % случаев осложняются флегмоной, тромбофлебитом, сепсисом [1, 4, 5]. Не все существующие методы лечения в полной мере влияют на основные патогенетические звенья развития фурункула.

Установлено, что в патогенезе многих гнойно-воспалительных заболеваний лица особое значение играет окислительный стресс, который характеризуется декомпенсацией системы антиоксидантной защиты, накоплением продуктов перекисного окисления липидов, интенсификацией свободнорадикального окисления и повышением уровня эндогенной интоксикации. Механическое повреждение тканей во время операции, в частности при вскрытии абсцедирующего фурункула лица, ведет к активации процессов перекисного окисления липидов [2, 4, 5, 6].

В связи с этим в последнее время особый интерес представляют алгоритмы лечения, направленные на нормализацию системы антиоксидантной защиты.

Ряд авторов в своих исследованиях установили клиническую эффективность использования антиоксидантов в базисной терапии воспалительных заболеваний челюстно-лицевой области. Для лечения травматического остеомиелита нижней челюсти применялся биметил, одонтогенных флегмон лица и шеи — рексод и реамберин, пародонтита — мексидол [2, 3, 4].

Литературных сведений по применению антиоксидантов в комплексном лечении абсцедирующего фурункула лица найдено не было, что и послужило основанием к проведению нашего исследования.

ЦЕЛЬ РАБОТЫ

Повышение эффективности лечения больных фурункулом лица в стадии абсцедирования посредством включения в схему традиционной терапии

антиоксиданта «Мексидол» (MEXIDOL, Эллар МЦ Россия, регистрационный номер № 96/432/8).

МЕТОДИКА ИССЛЕДОВАНИЯ

В период с 2009 по 2011 гг. в клинике хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии ВолгГМУ и отделении челюстно-лицевой хирургии Городской клинической больницы № 1 им. С. З. Фишера (г. Волжский) нами было проведено обследование и лечение 56 пациентов с фурункулом лица в стадии абсцедирования. Возраст пациентов составлял от 18 до 35 лет (средний возраст $28,25 \pm 1,69$). Среди пациентов было 34 (60,7 %) мужчины и 22 (39,3 %) женщины.

Критерием включения пациентов в исследование (при условии их согласия) служило наличие клинически установленного диагноза «Абсцедирующий фурункул лица». Из исследования исключались пациенты с выявленной соматической сопутствующей патологией в стадии декомпенсации или ремиссии менее 3 месяцев.

Программа обследования и лечения пациентов соответствовала стандартам Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации. По характеру лечения больные были разделены на две группы: первую (контрольную) — 27 человек (средний возраст $27,93 \pm 2,16$), лечение которых проводили традиционными методами, и вторую (основную) — 29 человек (средний возраст $28,39 \pm 2,73$), медикаментозное лечение которых дополнялось включением в комплексную терапию антиоксиданта «Мексидол». Препарат вводился внутримышечно по 2 мл 2 раза в сутки первые семь дней после операции.

Распределение пациентов по клиническим группам проводилось по методу простой рандомизации. Сформированные группы были репрезентативны и сопоставимы между собой по возрастному составу и полу.

Клиническое обследование больных включало анализ жалоб и данных анамнеза заболевания, объективных показателей общего состояния пациента: частоты дыхания, пульса, величины артериального давления, температуры тела, симптомов интоксикации. Также производили оценку местных изменений: наличия и выраженности перифокального воспалительного отека и инфильтрации тканей, изменение цвета кожных покровов, увеличения и болезненности регионарных лимфатических узлов, характера болевого синдрома и функциональных нарушений, динамики заживления раны.

Сокращение площади раневого дефекта оценивалось по методике Ярмольчука-Автандилова (1990). В ходе измерений использовалось прозрачное, самоклеящееся, нерастягивающееся пленчатое покрытие Hydrofilm. Контур раны переносился на миллиметровую бумагу, с последующим подсчетом количества квадратных миллиметров внутри контура. Динамика площади раневой поверхности и перифокальных явлений протоколировалась цифровой фотокамерой в режиме макросъемки.

Все цифровые данные хранились и статистически обрабатывались с использованием программ Microsoft Excel 2003 и программного пакета статистического анализа Statistica 6.0 (Statsoft. Inc., США).

Данные в тексте и таблицах представлены в виде «среднее арифметическое» \pm «стандартная ошибка средней» ($M \pm m$). Для определения различий между сравниваемыми средними величинами использовали *t*-критерий Стьюдента. Достоверными признавали различия при $p < 0,05$.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Общее состояние 35 (62,5 %) больных при поступлении было оценено как удовлетворительное, состояние 21 (37,5 %) пациента — средней степени тяжести. Общесоматические жалобы больных в основном сводились к наличию слабости, ознобу, ухудшению сна, потере аппетита, головным болям. У большинства больных на момент поступления наблюдалась выраженная воспалительная реакция в области гнойно-некротического очага, что проявлялось инфильтрацией и перифокальным отеком мягких тканей.

Традиционное лечение не приводило к быстрому купированию местного воспалительного процесса и существенному улучшению общего состояния больных. Клинические признаки эндогенной интоксикации, выраженные в разной степени, сохранялись у больных контрольной группы практически на всем протяжении пребывания в стационаре.

Использование антиоксиданта «Мексидол» в комплексном лечении фурункула лица в стадии абсцедирования привело к заметному улучшению общего состояния пациентов основной группы уже на 3—5-е сутки после операции, что проявлялось в нормализации аппетита, улучшении сна, значительном уменьшении боли в области операционной раны. На 3—5-е сутки после вскрытия гнойника в контрольной группе у шести больных сохранялся субфебрилитет, а в основной группе была отмечена полная нормализация температуры тела.

На всем протяжении стационарного лечения в ходе проведенной оценки выраженности воспалительных явлений в области гнойно-некротического очага нами были получены следующие результаты. При поступлении у большего количества больных обеих групп местный статус характеризовался умеренным перифокальным отеком и инфильтрацией мягких тканей. На следующий день после вскрытия абсцесса местные воспалительные явления становились более выраженными, что наблюдалось на протяжении 3—5 дней.

В основной группе на 7—9-е сутки наблюдения перифокальные явления проявлялись незначительным отеком мягких тканей в зоне оперативного вмешательства у 22 (75,9 %) больных, умеренной инфильтрацией у 1 (3,4 %) больного и наличием раневого отделяемого у 8 (27,6 %) пациентов. В то время как в контрольной группе незначительный отек мяг-

ких тканей в зоне операции был у 25 (92,6 %) пациентов, умеренная инфильтрация — у 4 (14,8 %) и раневое отделяемое у 15 (55,6 %) больных. При определении ретракции раны в контрольной группе нами были получены следующие результаты: на 3—5-е сутки после операции площадь раневой поверхности составила в среднем $(25,93 \pm 1,06)$ мм², на 7—9-е сутки — $(13,45 \pm 0,82)$ мм². В основной группе на 7—9-е сутки данный показатель был $(9,04 \pm 0,4)$ мм², что на 32,8 % меньше, чем в контрольной группе.

Уменьшение гнойного отделяемого и появление грануляций на 3—5-е сутки отмечено у 12 (41,4 %) больных, а у 17 (58,6 %) пациентов все еще сохранялось обильное гноеетечение. Полное очищение раны на 7—9-е сутки было отмечено у 21 пациента (72,4 %), а у 8 (27,6 %) больных на повязке отмечался отпечаток гнойного отделяемого, были видны грануляции и отмечалась краевая ретракция раны, в то время как в контрольной группе фаза очищения гнойно-некротической раны происходила дольше (табл.).

Динамика некоторых клинических показателей больных контрольной и основной групп

Показатель, сут.	Контрольная группа (n = 27)	Основная группа (n = 29)
Прекращение гнойного отделяемого	$7,5 \pm 0,2$	$6,5 \pm 0,3^*$
Появление грануляций	$7,3 \pm 0,2$	$7,1 \pm 0,2^*$
Полное очищение раны	$9,9 \pm 0,3$	$9,3 \pm 0,3$
Койко-день	$14,0 \pm 0,4$	$11,5 \pm 0,5^*$

* Достоверные отличия от контрольной группы ($p < 0,05$).

Таким образом, включение в схему комплексной терапии больных абсцедирующим фурункулом лица мексидола позволило ускорить заживление гнойно-некротической раны, предотвратить развитие осложненного течения заболевания и сократить срок пребывания больных в стационаре в среднем на 2—3 суток.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Применение в комплексном лечении фурункула лица в стадии абсцедирования антиоксиданта «Мексидол» позволяет получить более выраженный клинический эффект, заключающийся в купировании признаков синдрома системного воспалительного ответа в раннем послеоперационном периоде, оптимизации стадии очищения гнойно-некротической раны, уменьшении сроков стационарного лечения и снижении риска осложненного течения заболевания.

ЛИТЕРАТУРА

1. Климова И. С., Бородулина И. И., Писаревский Ю. Л. // Сибирский медицинский журнал. — 2009. — № 3. — С. 46—49.
2. Лихитский А. М. Особенности диагностики и клинического течения фурункулов и карбункулов лица: автореф. дис. ... канд. мед. наук. — Киев, 1996. — 21 с.
3. Рагимов Ч. Р. // Стоматология. — 1992. — № 3—6. — С. 35—37.
4. Розум И. А. Фурункул носа: Клинико-лабораторное исследование: автореф. дис. ... канд. мед. наук. — М., 2002.
5. Химич И. В., Подольский В. В., Есикова Т. С., Хлыбов В. С. Фурункулы, карбункулы, рожистое воспаление лица: Учебно-методическое пособие. — Волгоград: Издательство ВолгГМУ, 2011. — 68 с.
6. Хлыбов В. С., Химич И. В., Кирпичников М. В. и др. Клиническое обоснование применения антиоксиданта мексидол в комплексном лечении фурункула лица в стадии абсцедирования / Молодые ученые — здравоохранению: Матер. 71-й межрегиональной научно-практ. конф. с междунар. участием. — Ч. 2. — Саратов, 2010. — С. 220—221.