

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

Волгоградский государственный медицинский университет,
кафедра хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии

КАЧЕСТВО ЖИЗНИ И КЛИНИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ БОЛЬНЫХ ФУРУНКУЛОМ ЛИЦА НА ФОНЕ АНТИОКСИДАНТНОЙ ТЕРАПИИ

УДК 616.14-002-089:684.2

В работе представлены данные об эффективности применения антиоксиданта «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, повышает качество жизни, снижает риск развития осложнений и сокращает пребывание больных на стационарном лечении.

Ключевые слова: «Мексидол», фурункул, воспаление, качество жизни.

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

QUALITY OF LIFE AND CLINICAL INDICATORS OF PATIENTS WITH FACIAL FURUNCLE AND ANTIOXIDANT THERAPY

The paper presents data on Mexidol effectiveness in complex treatment of patients with facial abscessed furuncle. Inclusion of this drug into basic therapy of these patients is shown to promote a favorable course of inflammation and infection, to improve the quality of life, to eliminate the risk of suppurative complications and to reduce the patients' stay in hospital.

Key words: Mexidol, furuncle, inflammation, quality of life.

Типичным представителем неондонтогенной гнойно-воспалительной патологии по-прежнему остается фурункул лица. Неуклонный рост количества пациентов с данным заболеванием, развитие угрожающих для жизни осложнений и утрата трудоспособности пациентов на длительный срок определяют социальную значимость и актуальность этой патологии. Фурункулы лица в России составляют около 30 % всей гнойно-воспалительной патологии челюстно-лицевой области. В 5—27 % случаев они осложняются флегмоной, тромбофлебитом, синус-тромбозом, сепсисом. При агрессивном течении заболевания пациенты могут находиться на стационарном лечении до одного месяца [1—3, 5, 8, 10].

В настоящее время ряд исследователей связывают ухудшение клинического течения гнойно-воспалительных заболеваний челюстно-лицевой области со снижением общей иммунологической резистентности организма, усилением вирулентности условно-патогенной микрофлоры, дисбалансом в системе прооксидантно-антиоксидантных взаимоотношений. Данные тенденции, в свою очередь, приводят к снижению уровня качества жизни пациента [4—6, 8, 11].

Совершенствованию комплексного лечения больных фурункулом лица в последние годы посвящено немало исследовательских работ челюстно-лицевых хирургов. С успехом стали применяться эфферентные методы детоксикации, экзогенная NO-терапия, иммунотерапия. При выполнении оперативного лечения хо-

рошо зарекомендовало себя лазерное и радиоволновое хирургическое оборудование, что позволило снизить риск развития осложнений [1—3, 8, 11, 12].

Принципиально новым, патогенетическим методом фармакологической коррекции течения воспалительной патологии челюстно-лицевой области является антиоксидантная терапия. Имеется клинический опыт применения антиоксидантных средств у больных одонтогенными флегмонами, сиалоаденитом, остеомиелитом нижней челюсти, рядом других заболеваний. Наряду с оптимизацией клинического течения этих заболеваний, отмечено существенное положительное влияние антиоксидантных препаратов на качество жизни пациентов [4, 6, 7, 9, 10].

Тем не менее, в традиционной терапии неондонтогенных воспалительных заболеваний лица антиоксиданты ранее не применялись.

ЦЕЛЬ РАБОТЫ

Оценка эффективности лечения больных фурункулом лица с использованием антиоксидантной фармакокоррекции путем анализа клинических показателей и качества жизни пациентов.

МЕТОДИКА ИССЛЕДОВАНИЯ

В период с 2008 по 2011 г. в отделениях челюстно-лицевой хирургии Областной клинической больницы № 1 Волгограда и Городской клинической больницы № 1 г. Волжского нами было проведено об-

следование и лечение 59 пациентов с фурункулом лица в стадии абсцедирования. Возраст пациентов составлял от 18 до 35 лет, ($28,25 \pm 1,59$) лет. Среди пациентов было 36 мужчин (61 %) и 23 женщины (39 %). Критерием включения пациентов в исследование (при условии их согласия) служило наличие клинически установленного диагноза «фурункул лица» в стадии абсцедирования. Из исследования исключали больных с сопутствующей соматической патологией в стадии декомпенсации или ремиссии менее 3 месяцев. Исключались лица с существенными отклонениями в общеклинических и биохимических анализах крови [4, 6, 10].

Программа обследования и лечения пациентов соответствовала приказу МЗ и СР РФ от 11 февраля 2005 г. № 126 «Об утверждении стандарта медицинской помощи больным абсцессом кожи, фурункулом и карбункулом». По характеру лечения больные были разделены на две группы: группу сравнения — 28 человек [средний возраст ($28,61 \pm 2,13$) лет], лечение которых проводили традиционными методами, и основную — 31 человек [средний возраст ($27,94 \pm 2,37$) лет], в комплексную терапию которых дополнительно включали антиоксидант «Мексидол». Препарат вводили внутримышечно по 2,0 мл 2 раза в сутки первые семь дней после операции.

Распределение пациентов по клиническим группам проводили 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), оценку местного статуса (выраженность инфильтрации и перифокального воспалительного отека мягких тканей, изменение цвета кожных покровов, выраженность болевого синдрома и функциональных нарушений, наличие гнойного отделяемого и грануляций, площадь раневой поверхности в динамике).

Величину инфильтрата и отека мягких тканей оценивали по трехбалльной шкале. Измерения проводились по модифицированной нами методике Н. Н. Свечниковой (2004) и В. В. Шеленковой (2008), с помощью сантиметровой линейки. Диаметр инфильтрата и отека мягких тканей до 2 см расценивался как 1 балл, от 2 до 3 см — 2 балла, более 3 см — 3 балла. Сокращение площади раневого дефекта оценивалось по методике Ярмольчука-Автандилова (1990). В ходе измерений использовалось прозрачное, самоклеящееся, нерастягивающееся пленчатое покрытие Hydrofilm. Динамика площади раневой поверхности и перифокальных явлений протоколировалась цифровой фотокамерой в режиме макросъемки.

Анализ качества жизни проводили путем анкетирования и исчисляли по десятибалльной системе, разработанной на кафедре хирургической стомато-

логии и челюстно-лицевой хирургии ВолгГМУ. Отрицательный ответ на вопрос фиксировался как один балл. Качество жизни в 10 баллов расценивалось как удовлетворительное.

Анкета для определения субъективной оценки качества жизни больного, находящегося на стационарном лечении с диагнозом «Фурункул лица».

1. В настоящий момент у вас общее самочувствие плохое?

2. Предъявляете ли вы жалобы на боли в области послеоперационной раны?

3. Предъявляете ли вы жалобы на плохой сон?

4. Предъявляете ли вы жалобы на плохой аппетит?

5. Желаете ли вы улучшить проводимое вам лечение?

6. Стараетесь ли вы избегать контакта с родственниками или друзьями, находясь на стационарном лечении?

7. Думаете ли вы, что будущий послеоперационный рубец доставит вам видимый эстетический дискомфорт?

8. Существует ли, на ваш взгляд, необходимость продолжать проводимое лечение в стационаре?

9. Стараетесь ли вы максимально исключить попадание воды в зону операции во время умывания?

10. Стараетесь ли вы не покидать больничную койку для принятия воздушных ванн?

Все исследования производились при госпитализации до операции, на следующий день после операции, на 3—4-е сутки и на 8—10-е сутки стационарного лечения.

Цифровые данные хранились и статистически обрабатывались с использованием программ «Microsoft Excel 2007» и программного пакета статистического анализа «Primer of Biostatistics, Vers.4.03» («Биостат»).

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. Значимыми признавали различия при $p < 0,05$.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

По результатам проведенной работы фурункул лица составил 27,4 % случаев в общей структуре гнойно-воспалительных заболеваний челюстно-лицевой области. Среди пациентов преобладали в основном лица молодого возраста ($28,25 \pm 1,59$) лет, мужского пола (61 %). Длительность развития заболевания более чем у половины больных (63 %) составила 2—3 суток. Пусковым фактором послужили: травмирование первичных элементов кожи (пустулы, угри) — 66,1 %, частые переохлаждения — 16,9 %, перенесенный стресс — 10,2 %, неудовлетворительная гигиена кожи лица — 6,8 %.

У 47 пациентов (79,7 %) в анамнезе были сопутствующие заболевания, среди которых наиболее часто встречались хронические воспалительные заболевания лор-органов и бронхо-легочной системы (у 21 пациента, 35,6 %).

В день госпитализации общее состояние 35 больных (59,3 %) было оценено как удовлетворительное, 24 пациентов (40,7 %) — средней степени тяжести. Общесоматические жалобы больных сводились к наличию слабости, озноба, ухудшению сна, потери аппетита, головным болям. Местный статус характеризовался выраженным перифокальным отеком и инфильтрацией мягких тканей (3 балла). При пальпации отмечался положительный симптом флюктуации.

Основные жалобы пациентов на следующий день после операции сводились к болевым ощущениям в зоне оперативного вмешательства, отеку мягких тканей, слабости и недомоганию. Болевой синдром после операции наблюдался у каждого больного. При оценке качества жизни пациентов на следующие сутки после операции у всех больных качество жизни было меньше 5 баллов. Качество жизни пациентов в обеих клинических группах достоверно не различалось ($p > 0,05$).

Традиционная терапия не приводила к существенному улучшению общего состояния больных и быстрому купированию местного воспалительного процесса. Большинство пациентов в раннем послеоперационном периоде предъявляла жалобы на боли в области послеоперационной раны, слабость и снижение аппетита.

Использование антиоксиданта «Мексидол» уже на 3—4-е сутки привело к заметному улучшению самочувствия у большинства пациентов, что проявлялось в нормализации аппетита, улучшении сна, значительном уменьшении интенсивности болевого синдрома. Жалобы на боли в зоне операции предъявляли лишь 8 пациентов (25,8 %) основной группы. Если в группе сравнения у 6 больных сохранялся субфебрилитет, то в основной группе была отмечена полная нормализация температуры тела.

У больных основной группы после операции отмечалось более быстрое сокращение площади раневой поверхности на всем протяжении лечения. На 3—4-е сутки раннего послеоперационного периода средняя площадь раны в основной группе составила $(22,58 \pm 1,18)$ мм², что на 13 % было меньше средних значений в группе сравнения $(25,93 \pm 1,06)$ мм². На 8—10-е сутки стационарного лечения площадь раны в основной группе составила $(9,04 \pm 0,4)$ мм², что на 32,8 % было меньше среднего показателя группы сравнения $(13,45 \pm 0,82)$ мм².

Качество жизни лишь у 3 пациентов основной группы (9,7 %) было меньше 5 баллов, а у остальных больных (90,3 %) после анкетирования данный показатель составил свыше 5 баллов. У 8 больных основной группы (25,8 %) качество жизни было

7 баллов. В то время как в группе сравнения данный показатель был достоверно меньше и составил 15 % от основной группы ($p < 0,05$).

Болевой синдром у больных основной группы на 8—10-е сутки стационарного лечения купировался полностью во всех клинических случаях. На 8—10-е сутки стационарного лечения, больных в основной группе с качеством жизни меньше 5 баллов не наблюдалось, у 15 пациентов (48,4 %) данный показатель составил 9 баллов. По отношению к основной группе $(8,4 \pm 0,1)$ уровень качества жизни в группе сравнения на 8—10-е сутки был на 0,5 балла (6 %) ниже и составил $(7,9 \pm 0,2)$ баллов соответственно.

Перед выпиской из стационара в основной группе незначительный отек мягких тканей (1 балл) наблюдался у 22 больных (70,9 %), умеренная инфильтрация (2 балла) — у одного больного (3,2 %) и наличие раневого отделяемого — у 8 пациентов (25,8 %). В то время как в группе сравнения отек мягких тканей размером в 1 балл был у 25 пациентов (89,3 %), умеренная инфильтрация (2 балла) — у 3 (10,7 %) и раневое отделяемое — у 15 больных (53,6 %). Полное очищение раны на 8—10-е сутки было отмечено у 23 пациентов (74,2 %) основной и у 8 больных (25,8 %) группы сравнения.

На конечном этапе лечения (8—10-е сутки), в основной группе только у одного пациента (3,2 %) имелся умеренных размеров инфильтрат мягких тканей, а в группе сравнения таких больных было 3 человека (10,7 %).

Основные показатели динамики заживления гнойно-некротической раны у больных основной группы достоверно ($p < 0,05$) отличались от аналогичных показателей группы сравнения (табл.).

Динамика заживления гнойно-некротической раны

| Показатель, сут. | Группа сравнения ($n = 28$) | Основная группа ($n = 31$) |
|----------------------------------|-------------------------------|------------------------------|
| Прекращение гнойного отделяемого | $7,57 \pm 0,24$ | $6,39 \pm 0,22^*$ |
| Появление грануляций | $7,36 \pm 0,22$ | $6,87 \pm 0,16$ |
| Полное очищение раны | $9,93 \pm 0,27$ | $9,13 \pm 0,25^*$ |
| Койко-день | $13,89 \pm 0,43$ | $11,36 \pm 0,44^*$ |

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

Продолжительность лечения пациентов основной группы в среднем составила $(11,36 \pm 0,44)$ суток, что достоверно было на 2,5 суток меньше срока пребывания в стационаре больных группы сравнения ($p < 0,05$).

У пациентов основной группы в послеоперационном периоде агрессивного течения и развития осложнений фурункула лица не отмечено, в то время как в группе сравнения у 4 больных (14,3 %) наблю-

далось осложненное течение. Данным больным было проведено дополнительное хирургическое лечение.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

По результатам проведенного нами исследования можно сделать следующие выводы:

1. На всем протяжении стационарного лечения уровень качества жизни больных основной группы достоверно отличался от группы сравнения, и на 8—10-е сутки показатель составил ($8,4 \pm 0,1$) баллов ($p < 0,05$).

2. По результатам мониторинга клинических показателей установлено, что антиоксидантная фармакокоррекция значительно повышала эффективность традиционной терапии фурункула лица: позволяла в более ранние сроки стабилизировать общее состояние пациентов, уменьшить перифокальные воспалительные явления в раннем послеоперационном периоде, сократить время пребывания больного в стационаре в среднем на 2,5 суток ($p < 0,05$) и исключить риск развития осложнений.

ЛИТЕРАТУРА

1. Арман Амджад Ша. А. Оптимизация диагностики и лечения абсцедирующих фурункулов челюстно-лицевой области у детей: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. — Воронеж, 2009. — 24 с.

2. Климова И. С., Бородулина И. И., Писаревский Ю. Л. // Сибирский медицинский журнал. — 2009. — № 3. — С. 46—49.

3. Лихитский С. М. Особенности диагностики и клинического течения фурункулов и карбункулов лица: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. — Киев, 1996. — 21 с.

4. Островский О. В., Химич И. В., Хлыбов В. С. и др. // Фундаментальные исследования. — 2012. — № 2. — С. 107—112.

5. Розум И. А. Фурункул носа: Клинико-лабораторное исследование: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. — М., 2002. — 21 с.

6. Фомичев Е. В., Островский О. В., Химич И. В. // Вестник ВолГМУ. — 2011. — № 4 (40). — С. 52—56.

7. Химич И. В., Хлыбов В. С., Кирпичников М. В., Подольский В. В. // Волгоградский научно-медицинский журнал. — 2011. — № 4. — С. 45—47.

8. Химич И. В., Подольский В. В., Есикова Т. С., Хлыбов В. С. Фурункулы, карбункулы, рожистое воспаление лица: Учебно-методическое пособие. — Волгоград, 2011. — 68 с.

9. Хлыбов В. С., Островский О. В., Химич И. В. и др. // Научные ведомости Белгородского государственного университета. Серия Медицина. Фармация. — 2012. — № 4 (123). — Выпуск 17. — С. 36—41.

10. Хлыбов В. С. Клинико-лабораторное обоснование применения антиоксиданта мексидол в комплексном лечении фурункула лица: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. — Волгоград, 2012 — 22 с.

11. Atanaskova N., Tomecki K. J. // Dermatol Clin. — 2010. — Vol. 28. — № 479.

12. Sidwell R. U., Ibrahim M. A. A., Bunker C. B., Sidwell R. U. // Dermatol. ther. — 2003. — Vol. 16, Is. 2. — P. 114—122.