

ВЛИЯНИЕ АНТИОКСИДАНТА «МЕКСИДОЛ» НА ДИНАМИКУ ИНТЕГРАЛЬНЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ЭНДОГЕННОЙ ИНТОКСИКАЦИИ У БОЛЬНЫХ ФУРУНКУЛОМ ЛИЦА

*И. В. Химич, Е. В. Фомичев, О. В. Островский, В. С. Хлыбов,
В. В. Подольский, М. В. Кирпичников*

**Кафедра хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии,
кафедра теоретической биохимии с курсом клинической биохимии ВолгГМУ**

Несмотря на успехи, достигнутые в лечении фурункула лица в стадии абсцедирования, актуальность данной патологии обусловлена неуклонным ростом заболеваемости и нередко осложненным течением (флегмона, тромбофлебит вен лица, сепсис и т. д.). В России больные с фурункулом лица составляют около 30 % от общего числа пациентов с гнойно-воспалительными заболеваниями челюстно-лицевой области. Из них в 5–27 % случаев наблюдается осложненное течение заболевания [5, 7].

Установлено, что гнойно-воспалительные заболевания лица всегда сопровождаются синдромом эндогенной интоксикации. Выраженность эндогенной интоксикации зависит не только от уровня циркулирующих токсических субстанций в крови, но и от нарушения соотношений между веществами антагонистами в гуморальных регуляторных системах, в частности системы «оксиданты-антиоксиданты». Механическое повреждение тканей во время операции, в том числе при вскрытии абсцедирующего фурункула лица, усиливает процесс перекисного окисления липидов и увеличивает степень эндогенной интоксикации [2, 6, 8]. Так как оксиданты и продукты перекисного окисления липидов участвуют в формировании синдрома эндогенной интоксикации и оказывают негативное влияние на свертывающую систему крови, то их своевременная утилизация служит профилактикой развития тромбофлебита вен лица – одного из грозных осложнений фурункула челюстно-лицевой области.

Новые представления об этиопатогенезе фурункула лица диктуют необходимость пересмотра и коррекции существующих схем хирургического и медикаментозного лечения [5, 7].

Доказано, что препараты с антиоксидантным действием снижают степень эндогенной интоксикации. В литературе описан благоприятный эффект применения антиоксидантов

в комплексной терапии, в частности травматического остеомиелита – бемитил (Харькова И. А., 1997); в комплексном лечении одонтогенных флегмон челюстно-лицевой области – рексод и реамберин (Гайворонская Т. В., 2008); при лечении пародонтита – мексидол (Дубровская Е. Н., 2008). Данных по применению антиоксидантов в комплексном лечении абсцедирующего фурункула лица в литературе не найдено.

Несомненным достижением российской науки является разработка и внедрение в клиническую практику синтетического антиоксиданта «Мексидол», который обладает антигипоксическим, мембранопротекторным и противовоспалительным действием [4]. Включение данного препарата в схему лечения абсцедирующего фурункула лица снизит уровень эндогенной интоксикации, и вероятнее всего, уменьшит риск осложненного течения заболевания.

Цель работы. Исследовать влияние антиоксиданта «Мексидол» на динамику интегральных показателей эндогенной интоксикации у больных фурункулом лица в стадии абсцедирования.

Методика исследования. Нами проведено обследование и лечение 30 больных с абсцедирующим фурункулом лица в возрасте от 18 до 35 лет, поступивших в отделение челюстно-лицевой хирургии ОКБ № 1 Волгограда, в период с января 2009 г. по март 2010 г. Мужчин среди пациентов было 16, женщин – 14. Распределение пациентов по клиническим группам проводилось по методу простой рандомизации. Сформированные группы были репрезентативны и сопоставимы между собой по возрастному составу и полу.

Группу сравнения составили 17 больных, которым было проведено традиционное лечение. В основную группу вошли 13 больных, которые на фоне стандартной терапии получали

5%-й раствор мексидола по 2,0 мл в/м 2 раза в сутки первые семь дней после операции.

Из исследования были исключены пациенты с сопутствующей соматической патологией в стадии декомпенсации или обострения. Программа обследования и лечения пациентов не противоречила стандартам МЗиСР РФ.

Для определения региональных показателей нормы нами была обследована группа практически здоровых лиц (40 человек) в возрасте от 22 до 59 лет. Из исследования исключались доноры с существенными отклонениями в общеклинических и биохимических анализах крови.

Для определения уровня эндогенной интоксикации, на основании данных общего анализа крови и результатов клинического обследования производили расчет ряда интегральных показателей (индексов) интоксикации: лейкоцитарный индекс интоксикации (ЛИИ) по Кальф-Калифу (1941), гематологический индекс интоксикации (ГИИ) (Карабанов Г. Н., 1993), гематологический показатель интоксикации (ГПИ) (Васильев В. С., 1983), пульсо-лейкоцитарно-температурный индекс интоксикации (ПЛТИИ) производили по формуле С. Д. Химича (1992). Поправочные коэффициенты определяли по соответствующим специально разработанным таблицам [1, 3, 6, 8, 9].

Материалом для биохимического исследования служили эритроциты и сыворотка крови. Забор крови осуществлялся натошак из локтевой вены одноразовым шприцем емкостью 10 мл, затем кровь медленно, постепенно перемешивая, добавляли в пробирку с 3,8%-м раствором цитрата натрия в соотношении 1:10. Все анализы проводились при поступлении, на 3–4 и на 8–10 сутки после операции. Достоверными признавали различия при $p < 0,05$.

Результаты исследования и их обсуждение. Общее состояние больных в обеих группах на всем протяжении стационарного лечения расценивалось как удовлетворительное. Динамику клинических симптомов заболевания сопоставляли с индексами интоксикации.

Анализ результатов клинико-лабораторных исследований показал, что все больные фурункулом лица в стадии абсцедирования в день госпитализации имели существенное повышение изучаемых интегральных показателей интоксикации: значений ЛИИ (в 2,0–2,2 раз), ГПИ (в 3,6–3,9 раз), ПЛТИИ (в 3,3–

3,4 раз) и ГИИ (в 2,3–2,4 раз) по сравнению со значениями в группе условно здоровых лиц Волгоградской области, что свидетельствовало об исходном уровне эндогенной интоксикации (табл.).

Динамика интегральных показателей эндогенной интоксикации у больных фурункулом лица в стадии абсцедирования на фоне традиционной терапии и с включением в нее антиоксиданта «Мексидол» (M ± m)

Показатель	Здоровые лица (n = 40)	Контрольная группа (n = 17)			Основная группа (n = 13)		
		При поступлении	На 3–4 сутки	На 8–10 сутки	При поступлении	На 3–4 сутки	На 8–10 сутки
ЛИИ (усл. ед.)	0,53 ± 0,02	1,15 ± 0,11*	0,88 ± 0,12*	0,66 ± 0,09*	1,08 ± 0,1*	0,85 ± 0,12*	0,43 ± 0,05 ⁺
ПЛТИИ (усл. ед.)	0,88 ± 0,03	2,98 ± 0,36*	1,91 ± 0,30*	1,32 ± 0,11*	2,88 ± 0,38*	1,15 ± 0,13*	0,77 ± 0,08 ⁺
ГИИ (усл. ед.)	4,18 ± 0,20	9,48 ± 1,15*	8,31 ± 1,18*	5,73 ± 0,90*	3,70 ± 0,96*	1,15 ± 1,15*	3,46 ± 0,37 ⁺
ГПИ (усл. ед.)	0,49 ± 0,02	1,88 ± 0,55*	1,01 ± 0,17*	0,63 ± 0,09*	1,73 ± 0,17*	1,15 ± 0,13*	0,31 ± 0,06 ⁺

* Достоверные отличия от группы здоровых лиц ($p < 0,05$);

⁺ достоверные отличия от контрольной группы ($p < 0,05$).

Включение антиоксиданта «Мексидол» в комплексную терапию фурункула лица в стадии абсцедирования приводило к более существенному снижению величины ЛИИ, чем при традиционном лечении. Достоверно к 8–10 суткам было отмечено снижение величины ЛИИ, что в основной группе составило 65 % от показателя контрольной группы.

В основной группе также отмечено снижение величины ГИИ, который помимо реакции лейкоцитарной формулы, отражает морфологические изменения эритрона, развивающиеся под влиянием эндогенной интоксикации. Так, на 8–10 сутки значение ГИИ у больных основной группы было в 1,65 раза ниже соответствующего показателя контрольной группы. ГПИ на 8–10 сутки у больных получающих мексидол был в 2,0 раза ниже соответствующего показателя контрольной группы. В основной группе ПЛТИИ на 8–10 сутки в 1,7 раза также был ниже соответствующего показателя контрольной группы.

Заключение. Таким образом, применение антиоксиданта «Мексидол» в комплексное лечение фурункула лица в стадии абсцедирования снижает уровень эндогенной интоксикации, что подтверждено клинико-лабораторным обследованием, включающим интегральные показатели интоксикации.

Контроль вышеназванных интегральных индексов позволяет:

1. Выявить больных группы риска, нуждающихся в углубленном лабораторном обследовании.

2. Осуществлять мониторинг состояния больных в процессе лечения.

3. Проводить раннюю диагностику и прогнозировать генерализацию воспалительного процесса.

ЛИТЕРАТУРА

1. Васильев В. С., Комар В. И // Здравоохранение Белоруссии. – 1983. – № 2. – С. 38–40.
2. Гайворонская Т. В. Оптимизация лечения больных одонтогенными флегмонами челюстно-лицевой области: экспериментально-клиническое исследование: автореф. дис. ... д-ра. мед. наук. – М., 2008. – С. 37.
3. Гринь В. К., Фисталь Э. Я., Сперанский И. И. и др. // «Сепсис: проблемы диагностики, терапии та профилактики»: Матер. науч.-практ. конф. – Харьков, 2006. – С. 77–78.
4. Дубровская Е. Н. Клинико-лабораторное обоснование применения препарата мексидол в комплексном лечении хронического пародонтита у больных артериальной гипертензией: автореф. дис. ... канд. мед. наук. – Нижний Новгород, 2008. – С. 20.
5. Климова И. С., Бородулина И. И., Писаревский // Сибирский медицинский журнал. – 2009. – № 3. – С. 46–49.
6. Островский В. К., Машенко А. В., Янголенко Д. В. и др. // Клиническая диагностика. – 2006. – № 6. – С. 50–53.
7. Розум И. А. Фурункулы носа: Клинико-лабораторное исследование: автореф. дис. ... канд. мед. наук. – М., 2002. – С. 28.
8. Фомичев Е. В., Островский О. В., Кирпичников М. В. и др. // Вестник ВолГМУ. – 2010. – № 1 (33). – С. 99–102.
9. Химич С. Д. // Клиническая хирургия. – 1992. – № 12. – С. 51–53.

ОБОСНОВАНИЕ ПРИМЕНЕНИЯ ПАРАМЕДИКАМЕНТОЗНЫХ СРЕДСТВ ВОЗДЕЙСТВИЯ НА ТКАНИ ПРОТЕЗНОГО ЛОЖА ПРИ ИММЕДИАТ-ПРОТЕЗИРОВАНИИ ЗУБОВ

В. И. Шемонаев, Т. Н. Климова, Т. Б. Тимачева

Кафедра ортопедической стоматологии ВолГМУ

В настоящее время широкое распространение в стоматологической практике получило применение «иммедиат»-протезов. Протезы изготавливаются до удаления естественных зубов и накладываются на ткани протезного ложа не позднее 24 часов после операции. Их применение улучшает психо-эмоциональное состояние пациентов, существенно сокращает сроки их реабилитации после удаления зубов, а также является фактором, позволяющим формировать объем и конфигурацию беззубого участка альвеолярного отростка челюсти [1]. Одним из условий для гладкого послеоперационного течения является улучшение гигиенического состояния полости рта и снижение уровня микроорганизмов в области оперативного вмешательства [3].

«Иммедиат»-протезы особенно показаны при удалении передних зубов, при удалении последней пары антагонистов, удалении зубов

при признаках заболевания височно-нижнечелюстного сустава. В настоящее время в стоматологической практике они достаточно широко используются и в дентальной имплантации [2].

Как правило, в качестве непосредственных («иммедиат») протезов применяют различные варианты съемных пластиночных. Эти протезы позволяют вносить изменения в конструкцию – проводить коррекцию, перебазировку в процессе заживления постэкстракционной раны.

На сегодняшний день большинство временных зубных протезов изготавливают на основе акриловых пластмасс и бисакрилатных эластомерных материалов.

Современные послеоперационные протезы по своему цвету и фактуре полностью удовлетворяют всем эстетическим требованиям (рис. 1).