

УДК 616. 379 - 008. 64: 616. 314 - 089. 23

**НЕКОТОРЫЕ АСПЕКТЫ  
ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ  
С АБСЦЕДИРУЮЩИМИ ФУРУНКУЛАМИ  
ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ЛОКАЛИЗАЦИИ  
НА ФОНЕ САХАРНОГО ДИАБЕТА**  
Волошина Л. И., Скикевич М. Г.

*ВГУЗ Украины «Украинская медицинская стоматологическая академия», кафедра хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии с пластической и реконструктивной хирургией головы и шеи, г. Полтава, Украина*

**Введение.** Проблема лечения пациентов с инфекционно-воспалительными процессами (ИВП) на фоне сахарного диабета (СД) не утрачивает актуальности, что связано с заметным увеличением числа таких пациентов во всем мире. Сочетание диабета и ИВП формирует порочный круг, в котором инфекция отрицательно влияет на метаболические процессы, усугубляя дефицит инсулина и ацидоз, а замедление обмена веществ и микроциркуляции нарушает течение репаративных процессов в очаге воспаления.

**Цель работы** – анализ результатов лечения пациентов с абсцедирующими фурункулами челюстно-лицевой области на фоне СД.

**Объекты и методы.** Обследовано и пролечено 87 пациентов (32 мужчины и 55 женщин) в возрасте 21-73 лет с абсцедирующими фурункулами челюстно-лицевой локализации на фоне СД.

**Результаты.** ИВП у пациентов с СД создает предпосылки для разрушения эндогенного и экзогенного инсулина, что приводит к декомпенсации диабета. После госпитализации всем пациентам проводилось лечение, направленное как на компенсацию патологически измененных метаболических процессов, так и на купирование и устранение инфекционно-воспалительных очагов. В день госпитализации проводили оперативное вмешательство по общепринятой методике.

**Заключение.** Лечение пациентов с абсцедирующими фурункулами челюстно-лицевой локализации на фоне СД должно проводиться с участием врача-эндокринолога.

**Ключевые слова:** абсцедирующий фурункул; челюстно-лицевая локализация; сахарный диабет.

## SOME ASPECTS OF THE TREATMENT OF PATIENTS WITH BOILS (ABSCESS) IN PATIENTS WITH DIABETES IN MAXILLOFACIAL SURGERY

Voloshyna L. I., Skikevich M. G.

*Ukrainian Medical Dental Academy, Ukraine, Poltava*

**Introduction.** The problem of treating patients with purulent infection with diabetes mellitus does not lose relevance. This is due to a marked increase in the number of such patients worldwide. Metabolic and microcirculatory disorders exacerbate the course of reparative processes in the focus of inflammation.

**Aim** the work - analyzes the results of treatment of patients with abscessed boils of maxillofacial localization against diabetes mellitus.

**Objects and methods.** The authors examined and treated 87 patients (32 men and 55 women) aged 21 to 73 years old with abscessed boils of maxillofacial localization against diabetes mellitus.

**Results.** The purulent process in patients with diabetes creates the prerequisites for the destruction of endogenous and exogenous insulin. After hospitalization, all patients underwent treatment, which was aimed at compensating for pathologically altered metabolic processes and also at eliminating purulent foci.

Surgery was performed on the day of hospitalization. Disclosure of the abscess was performed under general or local anesthesia. The choice of anesthesia method depends on the severity of the patient's condition. This position corresponds to the generally accepted methodology.

**Conclusion.** Treatment of patients with abscessed boils of maxillofacial localization on the background of diabetes should be carried out in close collaboration with the endocrinologist.

**Keywords:** abscessed boil; maxillofacial localization; diabetes.

**Введение.** Вопрос лечения пациентов с ИВП на фоне сахарного диабета (СД) не утрачивает актуальности, что связано с заметным увеличением числа таких пациентов во всем мире. Сочетание диабета и ИВП формирует порочный круг, в котором инфекция отрицательно влияет на метаболические процессы, усугубляя дефицит инсулина и ацидоз, а замедление обмена веществ и микроциркуляции нарушает течение репаративных процессов в очаге воспаления. При отсутствии инсулина у пациентов с СД нарушается метаболизм углеводов, что проявляется гипергликемией, гликозурией, снижением содержания гликогена в тканях и, прежде всего, в печени. Нарушение работы печени значительно изменяет водно-солевой и белковый обмен, нарушение которого проявляется в снижении синтеза и усилении

его распада, из-за чего увеличивается образование глюкозы из аминокислот. В организме пациентов происходит накопление кетоновых тел и ацетона на фоне практически полной потери способности синтезировать жиры, что приводит к кетоацидозу. Это обуславливает развитие синдрома «взаимного отягощения», что означает новую форму заболевания со специфическим неблагоприятным течением, что, на наш взгляд, требует принципиально нового подхода к лечению [1]. Повышенная восприимчивость к инфекциям у пациентов с СД связана с нарушением иммунной функции, усилением клеточной адгезии микроорганизмов, наличием микро- и макроангиопатий, невропатией и увеличением частоты консервативных и хирургических вмешательств. В результате ИВП сопровождается выраженной интоксикацией и нарушением обмена веществ, что приводит к функциональным нарушениям печени и почек. Симптомы интоксикации наблюдаются очень рано, когда локальные проявления воспалительного процесса более выражены. При этом развивается вторичная иммунологическая недостаточность [2]. Из-за снижения устойчивости пациентов с СД к инфекции в ранах преобладают некротические процессы, классические симптомы, характеризующие воспаление, иногда слабо выражены, а в отдельных наблюдениях могут отсутствовать.

**Цель работы** – анализ результатов лечения пациентов с абсцедирующими фурункулами челюстно-лицевой области на фоне СД.

**Объекты и методы.** В клинике челюстно-лицевой хирургии Полтавской областной клинической больницы в 2010-2019 году находилось 87 пациентов 21-73 лет с абсцедирующими фурункулами челюстно-лицевой локализации на фоне СД. Из них 32 были мужчины и 55 – женщины. Продолжительность заболевания СД варьировала от 3 до 20 лет. У всех пациентов, после консультации эндокринолога, был подтвержден диагноз СД.

**Результаты.** У пациентов старше 45 лет (50,4%) констатировали заболевание средней и тяжелой степени. У большинства из них, кроме СД, отмечали два или три сопутствующих заболевания: 46,3% страдали гипертонией, 41,8% – ишемической болезнью сердца, 47,4% – ожирением. Большинство пациентов были госпитализированы на поздних стадиях с момента абсцедирования фурункула. Почти все они до госпитализации получали перорально жаропонижающие и антибактериальные лекарственные средства. В клинике после исследования гликемического профиля и консультации эндокринолога им была проведена коррекция терапии для нормализации уровня глюкозы крови. Клиническое течение заболевания характеризовалось несо-

гласованностью температурной реакции и выраженностью ИВП. У большинства пациентов при поступлении в стационар наблюдали выраженную картину интоксикации и дегидратация. Общий анализ крови выявлял тенденцию к ускорению СОЭ, смещение лейкоцитарной формулы влево с увеличением числа палочкоядерных нейтрофилов, уменьшение числа лимфоцитов, что говорит о низкой реактивности организма. В то же время у 35 пациентов общий показатель лейкоцитов находился в пределах нормы или слегка превышал физиологические пределы, у остальных лиц он был увеличен с максимальными значениями  $13-14 \times 10^9/\text{л}$ . Биохимические исследования выявили значительные нарушения углеводного обмена, повышение уровня глюкозы в крови и моче, ацетонурию. У отдельных пациентов имела место тяжелая диспротеинемия из-за интенсивного снижения содержания альбумина (до 41%) и увеличения фракций глобулина. Была установлена прямая зависимость между уровнем глюкозы крови и тяжестью ИВП. При тяжелой степени СД наличие абсцедирующего фурункула резко ухудшало общее состояние пациента. У большинства лиц образование абсцессов происходило при удовлетворительном общем состоянии и нормальной или субфебрильной температуре, тенденции к ограничению процесса не наблюдали в течение длительного времени. В итоге у этих лиц были нарушены процессы регенерации, изменены сроки фаз раневого процесса, заживление раны было отсрочено на 3-5 дней, развивались осложнения. Известно, что ИВП у пациентов с СД создает предпосылки для разрушения эндогенного и экзогенного инсулина, что ведет к увеличению дефицита последнего и, следовательно, к декомпенсации диабета. После госпитализации пациентам проводили лечение, направленное как на компенсацию патологически измененного метаболизма, так и на купирование и устранение инфекционно-воспалительных очагов. В комплексную терапию были включены лекарственные средства для коррекции нарушений углеводного обмена; антибактериальные препараты широкого спектра действия; дезинтоксикационная терапия; применение антиагрегантов и антикоагулянтов прямого действия в профилактических дозах; физиотерапия и лечебная физкультура, после очищения раны от некротических масс и начала роста грануляционной ткани; рациональное питание; препараты для лечения сопутствующих заболеваний. В день госпитализации проводили операцию (первичную хирургическую обработку инфекционно-воспалительного очага) под общим или местным обезболиванием в зависимости от тяжести состояния пациентов по стандартной методике. Не менее важным является и местное лечение, которое заключалось в широком «раскры-

тии» абсцесса, тщательной некротомии, рациональном применении антисептиков («Мирамистин», «Декасан» и т. д.), протеолитических ферментов (трипсин, химотрипсин и т. д.) и многокомпонентных мазей на гидрофильной основе, что приводило к прекращению отделяемого из раны на 8-11 сутки лечения. Заживление раны происходило на 12-20 сутки в зависимости от тяжести течения заболевания. Наиболее длительные сроки заживления ран были отмечены у пациентов с высоким уровнем глюкозы в крови.

**Заключение.** Лечение пациентов с абсцедирующими фурункулами челюстно-лицевой локализации на фоне СД должно проводиться в тесном взаимодействии врача челюстно-лицевого хирурга с врачом-эндокринологом. Следует тщательно контролировать показатели, объективно отражающие течение раневого процесса: количественный и качественный микробиологический анализ, морфометрия тканей раны. Безусловно, определение тактики лечения, выбор метода обезболивания, состав медикаментозной терапии в каждой конкретной клинической ситуации является правом и полем ответственности лечащего врача.

#### **Литература.**

1. Всесвітня організація охорони здоров'я (ВООЗ). [Електронний ресурс]. – Режим доступу : [www.euro.who.int](http://www.euro.who.int).
2. Матешук-Вацеба, Л. Р. Морфометричний аналіз ангіоархітекτονіки нижньощелепної слинної залози в динаміці перебігу експериментального цукрового діабету / Л. Р. Матешук-Вацеба, Н. Б. Блищак // Галицький лікарський вісник. - 2016. - Т. 23, № 1. - С. 59-62.