

ОСОБЕННОСТИ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ С ГНОЙНО-ВОСПАЛИТЕЛЬНЫМИ ПРОЦЕССАМИ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ

Дагестанский государственный медицинский университет, г. Махачкала

Тагирова А.М., Османова Д.М.

Научный руководитель: Ордашев Х.А., к.м.н., доцент, заведующий кафедрой хирургической стоматологии.

В статье представлены особенности лечения больных с гнойно-воспалительными процессами челюстно-лицевой области (ЧЛО) на фоне сахарного диабета (СД), которые являются трудной задачей для врачей-клиницистов. Трудность лечения объясняется взаимным отягощением инфекции и диабета, возникает "порочный круг", что и усугубляет течение обоих процессов.

Ключевые слова: сахарный диабет, инсулинозависимость, гликемия, букарбан, гнойно-воспалительный процесс.

The article presents the features of the treatment of patients with purulent-inflammatory processes of the maxillofacial region (MO) on the background of diabetes mellitus (DM), which are a difficult task for clinicians. The difficulty of treatment is explained by the mutual aggravation of infection and diabetes, a "vicious circle" arises, which aggravates the course of both processes.

Keywords: diabetes mellitus, insulin dependence, glycemia, bucarban, purulent-inflammatory process.

Цель исследования. Изучить особенности и выработать тактику лечения при гнойно-воспалительных заболеваниях челюстно-лицевой области у больных сахарным диабетом.

Материал и методы. В основу нашей работы положен анализ результатов комплексного обследования и лечения 70 больных с

воспалительными заболеваниями ЧЛО с сопутствующим СД: инсулинозависимым (СД I типа) – 38 и инсулиннезависимым (СД II типа) – 32 больных. При поступлении в клинику всем больным по необходимости проводили клинико-лабораторные, микробиологические, рентгенологические и иммунологические исследования.

В литературе существуют различные мнения в отношении готовности больного СД при экстренных хирургических вмешательствах. Некоторые авторы [1, 3, 4] считают, что предоперационная подготовка при экстренных хирургических вмешательствах должна быть направлена на устранение кетоацидоза и снижение гипергликемии с продолжительностью подготовки не более трех часов. Основным принципом экстренного хирургического лечения гнойно-воспалительного процесса ЧЛО заключался в широком рассечении полости гнойника, эвакуации гноя, максимальном удалении некротических тканей, обработки гнойной полости раствором антисептиков с дальнейшим ее дренированием. При лечении интоксикации была проведена дезинтоксикационная терапия, которая заключалась в блокировании и нейтрализации токсического фактора, связывании его белком и выведении его из организма. По показаниям было проведено парентеральное введение различных жидкостей, в первую очередь - белковых препаратов (кровь, плазма, протеин, альбумин, гамма-глобулин и др.). Одновременно, с целью уменьшения интоксикации, назначалось большое количество жидкости: гемодез, реополиглюкин, физиологический раствор, 5 % раствор глюкозы с инсулином из расчета 1 ЕД на 4г глюкозы. Общеукрепляющая и стимулирующая терапия обязательно включали использование витаминов В1, В6, В12, С.

В литературе имеются данные результатов местного применения различных фармакологических, биологических, гормональных, белковых, а также антибактериальных препаратов при лечении больных с гнойно-воспалительными заболеваниями ЧЛО на фоне СД [2,3]. Принцип местного лечения заключается в том, что введение лекарственных веществ

непосредственно оказывает влияние на скорость биохимических и гистохимических реакций в ране, тем самым ускоряя или замедляя процессы очищения раны, регенерацию тканей и формирование рубца. Исходя из этого, нами были применены протеолитические ферменты, тиосульфат натрия, антикоагулянты, инсулин, перманганат калия, физиотерапия, различные мази. Для ускорения регенеративных и обменных процессов использовались протеолитические ферменты (трипсин, химотрипсин, химопсин) и ферменты микробного происхождения. С целью нормализации гемодинамики в системе микроциркуляции в очаге воспаления проводилось введение антикоагулянтов.

По данным Кулешова Е.В. [2], 1 мл гноя инактивирует 10-15 ЕД инсулина. Исходя из этого, мы применяли инсулин местно на рану. Необходимость местного применения инсулина обусловлена тем, что в раневой ткани имеется дефицит инсулина вследствие его разрушения протеолитическими ферментами микробов. Все сказанное позволяет заключить, что у всех больных при лечении вышеуказанными методами ускорялась фаза гидратации и наблюдался ранний период перехода процесса в фазу дегидратации. Отмечалось быстрое уменьшение и исчезновение воспалительных явлений, очищение ран от некротических тканей, раннее появление грануляции и эпителизации.

Успех лечения больных с гнойно-воспалительными процессами на фоне СД во многом зависит от коррекции углеводного обмена, для которого требуется правильное введение нужного вида и дозы инсулина в зависимости от компенсации диабета. До развития гнойно-воспалительных процессов 35 больных (50%) получали инсулин различных видов, 24 больных (34,29%) принимали таблетированные сахароснижающие препараты (манинил, диабетон, букарбан и др.), 7 больных (10%) применяли сахароснижающие препараты в таблетках с инсулином, а у 4 больных диабет был впервые диагностирован в нашем стационаре и лечение проводилось инсулином.

СД I типа и СД II типа был диагностирован на основании анамнеза, клинических и биохимических анализов крови, а также с помощью определения С-пептида в сыворотке крови. СД I типа был у 38 больных (18 мужчин, 20 женщин), СД II типа - у 32 больных (10 мужчин, 22 женщины). При поступлении в стационар у 12 больных диабет был компенсирован, у 30 - субкомпенсирован и у 28 диабет был декомпенсирован. У 8 больных общее состояние расценено как тяжелое, у 22 - средней тяжести, а у 40-состояние было расценено как удовлетворительное. Однако среди больных СД I типа в большинстве случаев общее состояние было расценено как тяжелое и средней тяжести, что и подтверждалось результатами иммунологических исследований. Всем больным этой группы под местной анестезией было произведено вскрытие гнойных очагов.

В настоящее время в процессе лечения больного с гнойным заболеванием при СД уже нельзя руководствоваться одной необходимостью решения чисто хирургических проблем, связанных с устранением источника, путем вскрытия и дренирования. Компенсация диабета у больных, получавших малые дозы инсулина короткого действия, отмечалась стабильностью, снижение уровня глюкозы крови у них проходило плавно, а у больных, получавших пролонгированную большую дозу инсулина, отмечены выраженные колебания глюкозы крови и компенсация диабета не стабильна. При оценке показателей числа Т-лимфоцитов в результате применения дробно малых доз инсулина короткого действия нами было отмечено достоверное его повышение как у больных СД I типа, так и у больных СД II типа по сравнению с показателями, которые наблюдались при применении пролонгированной большой дозы инсулина.

Результаты и обсуждение. Таким образом, результаты лечения больных с гнойно-воспалительными процессами ЧЛЮ на фоне СД с применением малой дозы инсулина короткого действия в комплексной терапии имеют большие преимущества перед пролонгированной дозой инсулина. Эти преимущества выражались в равномерной стабилизации

компенсации диабета за короткие сроки (24-36 часов), плавном снижении уровня глюкозы крови, значительном повышении числа Т-лимфоцитов и их функциональной активности, а также в значительном улучшении общего состояния больных. В связи с этим удавалось быстрее выводить больных из стадии декомпенсации диабета, у них ускорилось заживление гнойных ран, что способствовало снижению сроков нахождения больных в стационаре в среднем на 4-5 суток у больных СД I типа и на 5-7 суток у больных СД II типа.

Выводы:

Наши наблюдения показали, что характер течения гнойно-воспалительных процессов ЧЛО у больных с СД в значительной степени зависит от сниженной иммунореактивности организма. Причем течение гнойно-воспалительных процессов и состояние иммунитета находятся в прямой зависимости от типа, компенсации и тяжести течения СД. Применение в комплексном лечении больных с гнойно-воспалительными процессами ЧЛО на фоне СД малых доз инсулина короткого действия и иммунокорректирующей терапии привело к быстрой компенсации диабета и повышению иммунитета, а это в свою очередь способствовало более быстрому очищению гнойных ран от некротизированных тканей, что нашло свое отражение в улучшении результатов лечения данной категории больных. Гнойно-воспалительный процесс ЧЛО у больных СД протекает значительно тяжелее при декомпенсированном СД, в прямой зависимости от нарушения иммунного статуса. При лечении больных данной категории необходимо определить форму СД и его компенсации, так как именно от этих причин и состояния иммунитета зависят исходы лечения.

Список литературы:

1. Ефимов А.С., Скробонская Н.А. Этиология и патогенез сахарного диабета. Проблемы эндокринологии. 1995; 31(6):41-45.
2. Кулешов Е.В. Хирургические заболевания и сахарный диабет: Методическое пособие для хирургов и эндокринологов. Пенза, 1993; 33-35.

3. Потемкин В.В., Кадагидзе З.Г., Вескова Т.К. и др. Изменение некоторых показателей иммунной системы у больных сахарным диабетом. Проблемы эндокринологии. 1996; 32(1): 3-5.

4. Ушаков Р.В. Комплексное лечение больных с острыми воспалительными заболеваниями челюстно-лицевой области на основании клинического, микробиологического и иммунологического изучения: Дис. канд. мед. наук. М. 1995; с. 246.

5. Хуршудян А.Г. Стимуляция регенерации гнойных ран при сахарном диабете: Автореф. дис. ...канд. мед. наук. М., 1992.; с. 52-53.

Как цитировать:

Тагирова А.М., Османова Д.М. Особенности лечения больных сахарным диабетом с гнойно-воспалительными процессами челюстно-лицевой области. Материалы V конференции с международным участием «По итогам НИР: наука и практика в стоматологии». Барнаул. *Scientist*. 2023; 3 (25): 127-132.
