

Дыхание везикулярное, влажные хрипы по всем легочным полям, ЧДД 22, тоны сердца ритмичные, приглушены, ЧСС 90 в мин. АД 125/75 мм рт.ст. В связи с тяжестью состояния сразу же госпитализирована в реанимационное отделение.



Рис. 1. Динамика клинических проявлений у больной.

**ФГДС:** Пищевод свободно проходит, перистальтирует, на стенках «кофейная гуашь», слизистая розовая. Z-линия на 1,0 см. выше кардии, с ровными контурами. Кардия на 40 см. от резцов, перистальтирует, смыкается, свободно проходима. Желудок хорошо расправляется воздухом, перистальтика активная. В просвете желудка, ДПК большое количество «кофейной гуши». Слизистая на видимых участках бледно-розовая, с очагами гиперемии. В субкардиальном отделе желудка по малой кривизне, задней стенке имеются поверхностные дефекты слизистой 0,2 см. в диаметре, покрыты фибрином с включениями гематина. Привратник симметричен, перистальтирует, смыкается, свободно проходит. Луковица ДПК не деформирована, слизистая розовая. Верхнее-горизонтальная, нисходящая части ДПК хорошо расправляются воздухом, слизистая розовая.

**Заключение:** Острые эрозии субкардиального отдела желудка (Форрест 2ст.). Смешанный (поверхностный+атрофический) гастрит.

**Компьютерная томография грудной клетки:** Костной патологии не обнаружено. Легочный рисунок не деформирован. Бронхи прослеживаются до субсегментарных ветвей, их

просвет обычный. Легочные поля повышенной плотности, с обеих сторон, больше справа — перибронхально расположенные участки безвоздушной легочной ткани (консолидация альвеолярных структур), на фоне которых видны просветы бронхов. Структуры корней легких не изменены, органы средостения без видимой патологии. В обеих плевральных полостях — выпот, справа до 37 мм, слева до 30 мм. **Заключение:** Двухсторонний гидроторакс. Правосторонняя субтотальная пневмония.

**В анализах крови:** анемия, уремия (креатинин — 871 мкмоль/л, мочевины — 55 ммоль/л).

**Клинический диагноз:** Ревматоидный артрит, полиартрит, серопозитивный вариант, активность 3, 4 стадии, поздняя стадия ФК 4.

**Осложнения:** Диффузный интерстициальный процесс в легких. ДН 2. Вторичный амилоидоз. ХПН 3 стадии, уремия в стадии анурии, двухсторонний гидроторакс. Уремический гастрит: острые эрозии субкардиального отдела желудка, кровотечение от 22.07.2008 г. Анемия сочтенного генеза.

**Патологоанатомический диагноз:**

**Основное заболевание:** Ревматоидный артрит с поражением мелких суставов кистей и стоп.

**Осложнение:** Амилоидоз почек, печени, ХПН, азотемия. Гидроторакс. Острые эрозии желудка, кровотечение. Острая сердечная недостаточность. Отек легких, головного мозга.

**Сопутствующие:** Артериальная гипертензия. Стенозирующий атеросклероз почечных артерий.

Имеет место совпадение клинического и патологоанатомического диагнозов.

Таким образом, можно сделать следующие выводы. На фоне получения базисной терапии сохранялась высокая активность ревматоидного артрита. Постоянно высокие значения С-реактивного белка явились фактором риска развития амилоидоза почек. Ранняя противовоспалительная терапия с подавлением активности болезни является фактором профилактики амилоидоза.

Данное клиническое наблюдение демонстрирует характерную в большинстве случаев запоздалую диагностику амилоидоза почек, динамику развития заболевания, а также тактические трудности ведения в условиях реальной клинической практики.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Внутренние болезни / Под ред. А.И. Мартынова, Н.А. Мухина, В.С. Моисеева. — Т. 1. — М.: ГЭОТАР-Мед, 2004. — С.524-530.
2. Горячкина Л.Н., Калягин А.Н., Злобина Т.И. и др. Ревматические маски первичного амилоидоза // Сибирский медицинский журнал (Иркутск). — 2003. — Т. 36, № 1. — С.91-93.
3. Ревматология. Национальное руководство / Под ред. Е.Л. Насонова, В.А. Насоновой. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2008. — С.304.
4. Насонова В.А., Астапенко М.Г. Клиническая ревматология. — М.: Медицина, 1989. — С.287-288.
5. Нефрология / Под ред. Е.М. Шиловой. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007. — С.347-348.
6. Саркисова И.А., Рамеев В.В., Варшавский В.А. и др. Особенности АА-амилоидоза у больных ревматоидным артритом // Тер. архив. — 2006. — № 5. — С.32-35.

Адрес для переписки:

664003, Иркутск, ул. Красного восстания, 1, Складной Марии Владимировне — ассистенту кафедры пропедевтики внутренних болезней, Калягину Алексею Николаевичу — доценту, к.м.н., Шербакову Григорию Ильичу — ассистенту, Зиминной Ирине Анатольевне — зав. терапевтическим отделением, e-mail: akalagin@mail.ru

© КРАЙНЮКОВ П.Е., ЩЕРБАТЫХ А.В. — 2009

## ИНТЕНСИФИКАЦИЯ КОМПЛЕКСНОГО ЛЕЧЕНИЯ ГНОЙНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ КИСТИ

П.Е. Крайнюков<sup>1</sup>, А.В. Щербатых<sup>2</sup>

(<sup>1</sup>ФГУ «19 Военный госпиталь РВ СН», Знаменск, нач. — полковник мед. службы, к.м.н. П.Е. Крайнюков; <sup>2</sup>Иркутский государственный медицинский университет, ректор — д.м.н., проф. И.В. Малов, кафедра факультетской хирургии, зав. — д.м.н., проф. А.В. Щербатых)

**Резюме.** Проведено обследование и лечение 42 больных с гнойными заболеваниями кисти. Выявлено изменение показателей Т-клеточного звена иммунитета. Больные получали традиционное лечение, которое заключалось в выполнении хирургического вмешательства, общего и местного медикаментозного воздействия в сочетании с иммуномодулирующей терапией.

щей терапией. Применение циклоферона в комплексном лечении значительно улучшает результаты лечения больных с гнойными заболеваниями кисти.

**Ключевые слова:** флегмона, панариций, циклоферон.

## INTENSIFICATION OF COMPLEX TREATMENT OF PURULENT DISEASES OF A HAND

P.E. Krajnjukov<sup>1</sup>, A.V. Sherbatykh<sup>2</sup>

(<sup>1</sup>FSO «19 Military Hospital R.S.P.F. Rocket Strategic Purpose Forces», Znamensk, <sup>2</sup>Irkutsk State Medical University)

**Summary.** Examination and treatment of 42 patients with purulent diseases of a hand is described. Change of parameters of the T-cellular link of immunity is revealed. Patients received traditional treatment which consists in performance of surgical intervention, general and local medicamentous influence in a combination with immunomodulation therapy. Application of cikloferoni in complex treatment has allowed to improve results of treatment of patients with purulent diseases of fingers of a hand.

**Key words:** phlegmon, felon (whitlow), cikloferon.

Проблема эффективного лечения гнойных заболеваний кисти является одной из наиболее актуальных в современной хирургии [2,3,4]. Экологически неблагоприятные факторы внешней среды, стрессовые ситуации являются причиной развития иммунодефицита, при определенных условиях приводящего к развитию различных гнойно-воспалительных заболеваний. Изучение иммунных механизмов в патогенезе гнойных заболеваний все больше привлекает внимание исследователей [1,5,7], а коррекция иммунодефицитных состояний, сопровождающих гнойную инфекцию и отягощающих ее течение, является одним из важнейших направлений в комплексном лечении таких больных [6].

Целью работы явилась оценка эффективности применения иммуномодулятора — «Циклоферона» в комплексном лечении больных с гнойными заболеваниями кисти.

### Материалы и методы

Методика исследования: под наблюдением находилось 42 больных (мужчины) в возрасте от 18 до 20 лет с длительностью заболевания от 2 до 14 суток. Больные находились на стационарном лечении в хирургическом отделении военного госпиталя в период 2005–2008 гг. Средний возраст больных составил  $20,2 \pm 0,98$  лет.

Формы заболевания распределились следующим образом: гнойные заболевания пальцев кисти — 22 (52,4%) больных, флегмоны кисти — 20 (47,6%) (табл. 1). Правая кисть была поражена в 27 (64,3%) случаях, левая — в 15 (35,7%).

Распределение больных по нозологическим формам

| Заболевание                         | Группы больных |           |            |
|-------------------------------------|----------------|-----------|------------|
|                                     | контрольная    | основная  | всего      |
| Флегмона тыльной поверхности кисти  | 4 (16,6%)      | 3 (16,7%) | 7 (16,7%)  |
| Флегмона ладонной поверхности кисти | 7 (29,2%)      | 6 (33,3%) | 13 (30,9%) |
| Костный и суставной панариций       | 12(50,0%)      | 9 (50,0%) | 21 (50,0%) |
| Пандактилит                         | 1 (4,2%)       | -         | 1 (2,4%)   |
| Всего                               | 24             | 18        | 42(100%)   |

Все больные были разделены на две группы — основную и контрольную, состав групп сопоставим по возрасту и нозологическим формам заболевания. В основной группе (n=18) больные получали циклоферон в комплексе с традиционным хирургическим и медикаментозным лечением гнойного процесса. Больные контрольной группы (n=24) получали такое же хирургическое и медикаментозное лечение, но без применения иммуномодулятора.

В зависимости от срока начала заболевания больные разделены на три группы (табл. 2).

Таблица 2

Распределение больных в группах в зависимости от срока начала заболевания

| Срок от начала заболевания | Группы больных |          |
|----------------------------|----------------|----------|
|                            | контрольная    | основная |
| Менее 5 суток              | 3 (%)          | 2(%)     |
| От 5 до 10 суток           | 9 (%)          | 9 (%)    |
| Более 10 суток             | 12 (%)         | 7 (%)    |
| Всего                      | 24 (%)         | 18 (%)   |

Оценку эффективности лечения проводили на основании общих и местных проявлений раневого процесса. В динамике оценивали отечность, инфильтрацию окружающих мягких тканей, количество и характер отделяемого из раны, качество и скорость развития грануляций, степень и сроки эпителизации раны и формирования рубца. Проводили гистологическое исследование раневых биоптатов. Динамику показателей клеточного иммунитета оценивали по содержанию общего количества Т-лимфоцитов (CD-3), субпопуляций Т-хелперов (CD-4) и Т-супрессоров (CD-8) — методом непрямой иммуофлюоресценции с моноклональными антителами фирмы «Beckman-Coulter» с двумя флюорохромами (Fits и PE). Учет результатов проводился на лазерном проточном цитофлюориметре Epics.XL фирмы «Coulter». Иммунорегуляторный индекс определяли как соотношение Т-хелперов к Т-супрессорам (CD4/CD8).

Статистическую обработку результатов проводили с использованием критерия Стьюдента для связанных совокупностей.

Все больные были оперированы в срочном или экстренном порядке. Оперативное вмешательство осуществляли под проводниковой анестезией 1,0% раствором новокаина на уровне лучезапястного сустава. Было выполнено вскрытие гнойника из адекватного доступа, радикальная некрэктомия и дренирование послеоперационной раны с водорастворимыми мазями. После очищения ран 13 (72,2%) больным основной группы раны были закрыты вторичными швами с проведением проточно-промывного дренирования, у 3 (16,6%) больных выполнена кожная пластика.

Таблица 1

В контрольной группе 13 (54,2%) больным были наложены вторичные швы, а 1 (4,2%) — проведена кожная пластика. У 2 (11,1%) больных основной группы и у 5 (20,8%) — контрольной послеоперационное течение осложнилось нагноением раны, что потребовало проведения повторных оперативных вмешательств.

В качестве иммуномодулятора в комплексную терапию в основной

группе включен циклоферон по 300 мг. утром до еды на 1, 2, 4, 6 и 8 сутки лечения. Циклоферон является низкомолекулярным индуктором эндогенного интерферона, с широким спектром иммуномодулирующего и противовоспалительного действия, нормализующий как прямо, так и опосредованно различные звенья иммунитета, в зависимости от исходного уровня.

У больных исследуемых групп после обработки гнойного очага 3,0% раствором перекиси водорода со дна раны брали биоптаты тканей для гистологического исследования. В первой фазе раневого процесса ежедневно проводились перевязки с водорастворимыми мазями (левомеколь, левосин), во второй фазе — с 10,0% метилурациловой мазью до полного заживления раны или ее оперативного закрытия.

### Результаты и обсуждение

Все больные в первые трое суток после операции предъявляли жалобы на боли в области раны, усиливающиеся при движении. Местно определялся локальный отек, инфильтрация окружающих тканей, гнойное отделяемое из раны, стенки которой были покрыты фиб-

ринозно-гнойным налетом. К 5-6-му дню общее состояние больных значительно улучшалось, раны очищались от гноя, появлялась грануляционная ткань, регрессировали местные признаки воспаления.

Лечебный эффект определяли по исчезновению болевого синдрома, очищению раны, появлению грануляций и эпителизации. Средние сроки очищения ран от гнойно-некротических масс в основной группе больных составили  $4,5 \pm 1,2$ , а в контрольной —  $5,9 \pm 1,3$  ( $p < 0,5$ ) суток (табл. 3).

Таблица 3

## Динамика течения раневого процесса в группах

| Группа      | Очищение ран  | Появление грануляций | Заживление ран |
|-------------|---------------|----------------------|----------------|
| Контрольная | $5,9 \pm 1,3$ | $7,2 \pm 1,4$        | $13,8 \pm 1,5$ |
| Основная    | $4,5 \pm 1,2$ | $6,1 \pm 0,9$        | $11,6 \pm 1,3$ |

При изучении микрофлоры гнойных очагов установлено, что золотистый стафилококк является значимо доминирующей инфекцией ( $p < 0,05$ ). При бактериологических посевах на микрофлору и чувствительность к антибиотикам после вскрытия гнойников он высевался в 32 (76,2%) случаях. В 5 (11,9%) наблюдениях обнаружили *St. epidermidis*. *Streptococcus* высевался в 3 (7,1%) случаях, в 2 (4,8%) — роста микрофлоры в исследуемом материале не было. В первые сутки во всех группах значимо преобладает *St. aureus* ( $p < 0,05$ ). На 3-и сутки роста микрофлоры не было в основной группе в 14 (77,8%) случаях, а в контрольной — в 15 (62,5%). На 7-е сутки рост микрофлоры получен в 5,5% случаях в основной и 12,5% в контрольной группах.

У больных исследуемых групп наибольшая чувствительность золотистого стафилококка определялась к гентамицину сульфату и цефазолину натриевой соли —  $75,0 \pm 2,46\%$  и  $87,5 \pm 3,39\%$  соответственно. К пеницилину высокая чувствительность отмечалась лишь в  $28,1 \pm 2,14\%$  случаях. Стрептококк и эпидермальный стафилококк высокочувствителен практически ко всем тестируемым антибиотикам.

Исходную цитологическую картину определяли в первый день клинического исследования. Мазки-отпечатки были сделаны сразу после оказания хирургического пособия 42 больным. При сравнении групп исследования значимых различий в первые сутки по характеру исходной цитологической картины выявлено не было ( $p > 0,01$ ).

Препарат маркировался, окраска проводилась азурином. Микроскопию выполняли при  $\times 90$  увеличении в иммерсионной среде. У каждого больного исследуемых групп мазки-отпечатки выполнялись четырехкратно на 1, 3, 5, 7 сутки после операции. Всего проведено 168 цитологических исследований.

Значимо чаще ( $p < 0,05$ ) в первые сутки исследования были диагностированы цитологические признаки дегенеративно-некротических изменений (95,2%), воспалительный тип цитологического пейзажа наблюдали лишь у 2 (4,8%) больных (табл. 4).

Таблица 4

## Распределение типов цитограмм в группах

| Тип цитограммы               | Группы больных |            |            |
|------------------------------|----------------|------------|------------|
|                              | контрольная    | основная   | всего      |
| Некротический                | 2 (4,7%)       | 1 (2,4%)   | 3 (7,1%)   |
| Дегенеративно-воспалительный | 21 (50,0%)     | 16 (38,1%) | 37 (88,1%) |
| Воспалительный               | 1 (2,4%)       | 1 (2,4%)   | 2 (4,8%)   |
| Всего                        | 24 (57,1%)     | 18 (42,9%) | 42 (100%)  |

Эффект лечения оценивался подробным сравнением типов цитограмм в группах в процессе лечения. Полученные в динамике цитологические результаты исследования раневого процесса полностью подтверждали клиническую картину заболевания.

Появление на седьмые сутки после операции регенераторного типа цитограмм свидетельствовали о купировании гнойного процесса и расценивались нами как благоприятный исход. Так, на 7-е сутки исследования в основной группе значимо чаще ( $p < 0,05$ ) определен регенераторный тип у 15 (83,4%) больных, воспалительно-регенераторный тип цитограммы наблюдали у 2 (11,1%), воспалительный тип — у 1 (5,5%) больного. В контрольной группе воспалительный тип определен у 4 (16,6%) больных, у большей части больных — 15 (62,5%) наблюдали воспалительно-регенераторный тип цитограммы и лишь у 5 (20,8%) — регенераторный тип цитологического пейзажа.

При статистической обработке материала установлено, что средние сроки купирования воспалительных явлений по данным клиники в основной группе меньше, чем в контрольной ( $p < 0,05$ ). Это справедливо в отношении сроков очищения ран, появления грануляций и эпителизации, сроков прекращения санационных процедур и подтверждалось динамическим цитологическим контролем течения раневого процесса.

При анализе состояния иммунного статуса у всех больных до лечения выявлены активация фагоцитоза, увеличение числа моноцитов и палочкоядерных нейтрофилов. Определялись снижение окислительно-восстановительной функции нейтрофилов, усиление продукции антител, а также нарушение субпопуляционного состава лимфоцитов. У большинства больных зарегистрирован умеренно выраженный Т-иммунодефицит, который характеризовался снижением Т-лимфоцитов, а именно Т-хелперов и Т-супрессоров.

У больных с длительностью заболевания до 5 суток общее количество Т-лимфоцитов (CD3) не изменилось —  $72,2 \pm 0,76\%$ , но отмечалось значимое снижение CD4 —  $31,1 \pm 0,98\%$  и CD8 —  $15,3 \pm 0,62\%$ .

В группе с длительностью заболевания от 5 до 10 суток выявлено снижение CD3 —  $52,8 \pm 1,45\%$ , и более выраженное снижение CD4 —  $29,3 \pm 1,52\%$  и CD8 —  $14,2 \pm 1,13\%$  ( $p < 0,01$ ). Эти же изменения максимально выражены в группе больных, которые болеют более 10 суток: CD3 —  $49,6 \pm 1,86\%$ , CD4 —  $27,6 \pm 1,53\%$ , CD8 —  $12,9 \pm 1,32\%$  ( $p < 0,01$ ). Степень выраженности изменений CD3, CD4 и CD8 у больных с гнойными заболеваниями кисти находилась в обратной зависимости от длительности заболевания и глубины поражения.

В процессе исследования выявлено повышение IgG у 15 (35,7%) больных, IgA — у 10 (23,8%). У 13 (30,9%) больных определялось повышенное содержание в крови циркулирующих иммунных комплексов.

Активация фагоцитоза, усиление продукции антител, свидетельствовали об адекватности иммунного ответа на гнойную инфекцию. В тоже время снижение окислительно-восстановительной функции нейтрофилов, а также изменение показателей Т-клеточного звена указывали на иммунологический дисбаланс и снижение резистентности организма.

Использование циклоферона в основной группе привело к коррекции показателей иммунограммы. В группе больных с длительностью заболевания до 5 суток установлено увеличение CD3 —  $79,4 \pm 2,26\%$ , нарастание показателей CD4 —  $48,4 \pm 1,67\%$  и CD8 —  $28,1 \pm 1,64\%$  ( $p < 0,05$ ). В группе с длительностью 5-10 суток после лечения также отмечается значимое восстановление уровней CD3 —  $72,5 \pm 1,29\%$  ( $p < 0,05$ ), CD4 —  $53,6 \pm 1,09\%$  ( $p < 0,05$ ) и CD8 —  $30,1 \pm 2,74\%$ . В группе с длительностью заболевания более 10 суток наиболее значимо увеличение субпопуляций Т-лимфоцитов CD3 —  $68,3 \pm 1,62\%$  ( $p < 0,05$ ), CD4 —  $34,7 \pm 1,25\%$  ( $p < 0,05$ ), CD8 —  $19,8 \pm 1,27\%$  ( $p < 0,05$ ) и восстановление иммунорегуляторного индекса CD4/CD8 — 1,75.

В контрольной группе иммунологические показатели на 10 сутки исследования в 6 (25,0%) случаях имели тенденцию к улучшению, в 4 (16,7%) — оставались неизменными, а в 14 (58,3%) — имели отрицательную динамику, причем эти нарушения были более выражены

у больных с неблагоприятным клиническим течением раневого процесса.

Таким образом, гнойные заболевания кисти у больных сопровождаются нарушением показателей Т-клеточного звена иммунитета, степень и характер которых зависит от формы и длительности заболевания. Вклю-

чение в комплексное лечение циклоферона повышает его эффективность и сопровождается нормализацией иммунологических показателей, положительным течением цитологического пейзажа и клиническим выздоровлением больных.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Дубровина В.И. Основы инфекционной иммунологии: Лекции. — Иркутск, 2005. — 59 с.
2. Казакова Т.В., Миронов В.И., Данчинов В.М. Рациональная антибиотикотерапия при гнойных заболеваниях пальцев кисти в условиях хирургического стационара // Журнал инфекционной патологии. — Иркутск, 2003. — Т. 10, № 4. — С.47.
3. Конищев А.В. Гнойная хирургия кисти // И.А. Ерюхин, Б.Р. Гельфанд, С.А. Шляпников / Хирургические инфекции. — СПб.: Питер, 2003. — С.457-509.
4. Любский А.А. Лечение гнойно-воспалительных заболеваний пальцев кисти — М.: Янус, 2003. — <http://handsurg-kiev.narod.ru/piosur.html> (14 января 2006).
5. Пинегин Б.В. Современные представления о стимуляции антиинфекционного иммунитета с помощью иммуномодулирующих препаратов // Антибиотики и химиотерапия. — 2000. — № 12. — С.3-8.
6. Ступин В.А., Гридчик И.Е., Коваленко А.Л. Применение иммуномодуляторов в хирургической практике. — М.: Тактик-Студио, 2005. — С.56.
7. Чадаев А.П., Нурписов А.М., Пичугин А.В., Атауллаханов Р.И. Иммуномодуляторы «Иммуномакс» и «Гепон» в комплексном лечении больных острой хирургической инфекцией // Русский медицинский журнал. — 2004. — Т. 12, № 24. — С.1427-1433.

Адрес для переписки:

416540, Астраханская область, г. Знаменск, ул. Ленина, дом 31, E-mail: krainukov68@mail.ru

Крайнюков Павел Евгеньевич, кандидат медицинских наук, начальник 19 военного госпиталя Ракетных Войск Стратегического Назначения.

© ПИНЕЛИС И.С., ПОНУРОВСКАЯ Е.А. — 2009

## ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРЕПАРАТОВ СЕЛЕНА В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С ОСЛОЖНЕННЫМ ТЕЧЕНИЕМ ПЕРЕЛОМА НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ

И.С. Пинелис, Е.А. Понуровская

(Читинская государственная медицинская академия, ректор — д.м.н., проф. А.В. Говорин, кафедра хирургической стоматологии, зав. — д.м.н., проф. И.С. Пинелис)

**Резюме.** Включение препарата «Неоселен» в комплекс лечения больных с осложненными переломами нижней челюсти позволяет восстановить показатели липопероксидации и концентрацию селена до уровня контроля, способствует ускорению остеорегенерации и купированию воспалительного процесса.

**Ключевые слова:** Неоселен, осложненные переломы нижней челюсти, остеорегенерация.

## SELENIUM EFFECTS IN COMPLEX TREATMENT OF COMPLICATED MANDIBLE FRACTURES

E.A. Ponurovskaya, I.S. Pinelis  
(Chita State Medical Academy)

**Summary.** Using of Neoselenium in complex treatment of patients with complicated mandible fractures allows restoring lipoperoxid indices and selenium concentration, increasing bone regeneration and stopping inflammatory process.

**Key words:** Neoselenium, the complicated crises of the bottom jaw, osteoregeneration.

Проблема профилактики и лечения воспалительных осложнений при переломах нижней челюсти остается одной из самых актуальных в стоматологии [5,6,8,9].

Репаративные процессы при переломе нижней челюсти в пределах зубного ряда изначально происходят в условиях инфицированной костной раны, что обуславливает снижение остеопластической функции, нарушение микроциркуляции, тканевой гипоксии, выраженного дисбаланса в системе «перекисное окисление липидов — антиоксидантная защита» и др. [4,11].

В связи с этим является перспективной оценка влияния антиоксиданта — селена на процессы репаративной регенерации костной ткани челюстно-лицевой области [1].

Целью исследования явилось оценка эффективности комплексного лечения больных с переломами нижней челюсти при коррекции процессов липопероксидации.

#### Материалы и методы

Под наблюдением находилось 54 больных с переломами нижней челюсти в пределах зубного ряда (42 мужчины и 12 женщин) в возрасте от 18 до 41 года. Большинство пострадавших госпитализировано на 4-6 сутки после трав-

мы. Все они были разделены на 2 группы. В основную группу вошло 29 больных, получавших по 1,0 мл Неоселена нейтрального (500 мкг селенита натрия), разведенного в 100 мл воды 1 раз в 3 дня на протяжении 9 дней. Кроме того, им проводили промывание щели перелома 50 мл 0,1% раствора селенита натрия (10000 мкг), разведенного физиологическим раствором 1:5 через день. Группу сравнения составили 25 больных, леченных традиционным методом.

Контролем служили показатели крови, смешанной слюны и мочи 15 практически здоровых жителей Забайкалья, соответствующего возраста. Препарат «Неоселен» зарегистрирован Минздравмедпромом России № 04-31/344. Код ОКП 9325740288. Код ОКДП 423257 от 20.06.96, утвержден Государственным Фармакологическим комитетом Минздрава России (№ 11-15-2133 от 26.06.96).

Обследование больных с переломами нижней челюсти проводили по общепризнанным канонам, включая оценку и анализ динамики клинических проявлений, а также комплекс общепринятых инструментально-лабораторных исследований. Для оценки интенсивности болевых ощущений нами модифицирована шкала визуально-аналоговая из болевого опросника Мак-Гилла (пер. В.В. Кузьменко и др., 1986), которая представляла собой линию с делениями от 0 до 10.