

© К.В. ИМБРЯКОВ, В.Ю. НИКОЛЬСКИЙ, 2013

УДК 617.52-002.34/35-08:312.6

К.В. Имбряков, В.Ю. Никольский

## СРАВНЕНИЕ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ И ТАКТИКИ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ФУРУНКУЛАМИ И КАРБУНКУЛАМИ ЛИЦА ПО ДАННЫМ САМАРСКОЙ И КИРОВСКОЙ ОБЛАСТЕЙ

Кировская государственная медицинская академия, 610027, Киров

*Инфекционные воспалительные заболевания составляют основную группу наиболее часто встречающихся заболеваний челюстно-лицевой области, которые характеризуются высокой медико-социальной значимостью. Фурункулы и карбункулы – наиболее часто встречающаяся форма гнойно-воспалительных заболеваний челюстно-лицевой области неodontогенного генеза.*

*В работе сравнивались заболеваемость и тактика лечения больных с фурункулами и карбункулами челюстно-лицевой области по данным регионов Приволжского Федерального округа.*

Ключевые слова: фурункул, карбункул, тактика лечения

K.V. Imbryakov, V.Yu. Nikolskiy

COMPARISON OF MORBIDITY AND TREATMENT IN PATIENTS WITH FURUNCLE AND CARBUNCLE ACCORDING TO SAMARA AND KIROV REGION

*Infectious inflammatory diseases constitute the main group of the most frequent diseases of maxillofacial region, which are characterized by high medical and social significance. Boils and carbuncles - the most common form of pyo-inflammatory diseases of maxillofacial area nonodontogenic Genesis.*

*In work compared the incidence and tactics of treatment of patients with boils and карбункулами maxillofacial area according to the regions of the Volga Federal district.*

Key words: furuncle; carbuncle; treatment tactics

Инфекционные воспалительные заболевания составляют основную группу наиболее часто встречающихся заболеваний челюстно-лицевой области (ЧЛО) [2]. Воспалительные заболевания ЧЛО характеризуются высокой медико-социальной значимостью [2–4], поскольку, во-первых, большую часть больных составляют молодые люди трудоспособного возраста; во-вторых, данный контингент больных нуждается в активном, подчас дорогостоящем лечении в условиях стационара; в-третьих, при этой патологии отмечаются высокие показатели заболеваемости с временной утратой трудоспособности и, наконец, гнойно-воспалительные заболевания ЧЛО – грозная патология, являющаяся одной из основных причин инвалидности и смертности [3–7].

Фурункулы и карбункулы – одна из наиболее часто встречающихся форм гнойно-воспалительных заболеваний ЧЛО неodontогенного генеза [6, 8]. Число больных, поступающих в челюстно-лицевые стационары с этой нозологией, остается постоянно высоким [9].

Целью данной работы явилось сравнение заболеваемости и тактики лечения больных с фурункулами и карбункулами челюстно-лицевой области по данным регионов Приволжского Федерального округа.

Задачи:

1. Изучить заболеваемость фурункулами и карбункулами ЧЛО на примере отделения челюстно-лицевой хирургии и стоматологии клиники Самарского государственного медицинского университета (СамГМУ).

2. Изучить заболеваемость фурункулами и карбункулами ЧЛО на примере отделения челюстно-лицевой хирургии (ЧЛХ) Кировской областной клинической больницы (КОКБ).

3. Провести сравнение полученных данных.

4. Изучить тактику лечения больных с фурункулами и карбункулами лица в отделении челюстно-лицевой хирургии и стоматологии клиники СамГМУ.

5. Изучить тактику лечения больных с фурункулами и карбункулами лица в отделении ЧЛХ КОКБ.

6. Провести анализ полученных данных.

На основе изучения архивных материалов – историй болезни 6916 больных отделений ЧЛХ клиники СамГМУ и КОКБ за 3 года (с 2008 по 2010 г. включительно) – установлено, что больные с воспалительными заболеваниями ЧЛО, госпитализированные в названные отделения ЧЛХ, оказались доминирующей нозологической формой и составили 51%.

На стационарном лечении в отделении челюстно-лицевой хирургии и стоматологии клиники СамГМУ с 2008 по 2010 г. находились 304 больных с фурункулами и карбункулами ЧЛО, что составило 7,5% от всех поступивших на лечение, за этот же период времени в отделение ЧЛХ КОКБ поступили 125 (4,4%) больных с фурункулами и карбункулами лица.

В отделении челюстно-лицевой хирургии и стоматологии клиники СамГМУ в 2008 г. из 1395 больных 993 были с воспалительными заболеваниями ЧЛО. С фурункулами и карбункулами на лечении состояли 102 (7,3%) больных. В 2009 г. – 1175 больных, 703 (60%) из них с воспалительными заболеваниями ЧЛО, 102 (8,7%) – с фурункулами и карбункулами ЧЛО. В 2010 г. госпитализирован 1491 больной, 928 с воспалительными заболеваниями ЧЛО. С фурункулами и карбункулами на лечении состояли 100 (6,7%) больных (табл. 1).

В отделении ЧЛХ КОКБ в 2008 г. из 1038 больных 265 были с воспалительными заболеваниями ЧЛО.

Таблица 1. Больные, поступившие в отделение челюстно-лицевой хирургии и стоматологии клиник СамГМУ с 2008 по 2010 г.

Год	Травма	Воспалительные заболевания челюстно-лицевой области			Опухоли и опухолеподобные образования	Другие заболевания челюстно-лицевой области	Всего
		фурункулы	карбункулы	всего			
2008	217	102	0	993	150	35	1395
2009	268	99	3	703	171	33	1175
2010	233	95	5	928	240	90	1491
Итого ...	718	296	8	2624	561	158	4061

Таблица 2. Больные, поступившие в отделение челюстно-лицевой хирургии Кировской областной клинической больницы с 2008 по 2010 г.

Год	Травма	Воспалительные заболевания челюстно-лицевой области			Опухоли и опухолеподобные образования	Другие заболевания челюстно-лицевой области	Всего
		фурункулы	карбункулы	всего			
2008	353	57	7	265	391	29	1038
2009	330	28	11	318	243	30	921
2010	350	20	2	260	264	22	896
Итого ...	1033	105	20	843	898	81	2855

С фурункулами и карбункулами на лечении состояло 64 (6,2%) больных. В 2009 г. – 921 больной, 318 из них с воспалительными заболеваниями ЧЛО, 39 (4,2%) с фурункулами и карбункулами ЧЛО. В 2010 г. – 896 больных, 260 с воспалительными заболеваниями ЧЛО. С фурункулами и карбункулами на лечении находились 22 (2,5%) больных (табл. 2).

Заболеваемость по полу в зависимости от региона различна. В Самарской области на лечении находились 189 (62,2%) мужчин и 115 (37,8%) женщин с фурункулами и карбункулами ЧЛО с 2008 по 2010 г. В Кировской области за тот же временной промежуток – 66 (52,8%) мужчин и 59 (47,2%) женщин (табл. 3 и 4).

Локализация фурункулов и карбункулов как у женщин, так и у мужчин независимо от региона в одинаковой степени выше в щечной, подглазничной области и в области верхней губы, что увеличивает риск возникновения угрожающих жизни больного осложнений и оправдывает стационарное лечение.

На стационарном лечении в клинике СамГМУ и в КОКБ с 2008 по 2010 г. с сопутствующей патологией (бронхиальная астма, ишемическая болезнь сердца, гипертоническая болезнь, сахарный диабет, эпилепсия, гепатит В, гепатит С, ВИЧ-инфекция и т. д.) находились 25 (8,2%) и 11 (8,8%) пациентов соответственно.

Фурункулы проходят 3 стадии созревания: 1-я стадия – развитие инфильтрата, 2-я стадия – нагноение и некроз, 3-я стадия – заживление [1].

Таблица 3. Процентное соотношение больных (n = 304) с фурункулами и карбункулами лица по полу и возрасту по данным отделения челюстно-лицевой хирургии и стоматологии СамГМУ с 2008 по 2010 г.

Мужчины			Женщины		
до 25 лет	25–45 лет	старше 45 лет	до 25 лет	25–45 лет	старше 45 лет
30,9	23,7	7,6	21,0	8,2	8,6

За период с 2008 по 2010 г. в отделение челюстно-лицевой хирургии и стоматологии клиник СамГМУ поступило 8 (2,6%) больных с фурункулом лица в стадии инфильтрации. Консервативные методы лечения были эффективны в 4 случаях. 1 пациент был прооперирован на следующий день после госпитализации, 1 – спустя 2 дня и 2 – через 3 сут. Большинство больных поступали с фурункулами в стадии абсцедирования.

За этот же период в отделение ЧЛХ КОКБ были госпитализированы 6 больных с указанием стадии развития фурункула, 2 – с диагнозом абсцедирующей карбункул, 1 пациент – с фурункулезом нижнего отдела лица. В 116 историях болезни были указаны только заболевание (фурункул или карбункул) и локализация воспалительного процесса.

Больным с фурункулом и карбункулом в стадии абсцедирования в день поступления в клинику СамГМУ проводилась операция вскрытия абсцесса под местным обезболиванием. Во время операции удалялся гнойно-некротический стержень, рана обрабатывалась водными растворами антисептиков (фурацилин, хлоргексидин), образовавшаяся полость дренировалась одной резиновой полоской, накладывали асептическую повязку. В послеоперационном периоде осуществляли ежедневные перевязки. Всем больным, поступившим на стационарное лечение, проводилось медикаментозное лечение, которое включало в себя антибактериальную терапию (гентамицин, линкомицин, цефазолин, ампициллин и т. д.), применение антигистаминных препаратов (димедрол, супрастин), обезболивающих средств (анальгин, кеторол). В 2010 г.

Таблица 4. Процентное соотношение больных (n = 125) с фурункулами и карбункулами лица по полу и возрасту по данным отделения челюстно-лицевой хирургии КОКБ с 2008 по 2010 г.

Мужчины			Женщины		
до 25 лет	25–45 лет	старше 45 лет	до 25 лет	25–45 лет	старше 45 лет
29,6	16,0	7,2	24,8	9,6	12,8

всем больным назначали антикоагулянты (аспирин или гепарин). К сожалению, физиолечение и лечебную гимнастику получали менее 12% пациентов от всех поступивших с фурункулами и карбункулами ЧЛЮ.

В отделении ЧЛХ КОКБ использовали иную тактику лечения больных с фурункулами и карбункулами лица. Большинство больных получали комплексное медикаментозное лечение, с первого дня госпитализации назначалась физиотерапия, а также местное лечение, которое заключалось в наложении повязок с раствором димексида. При таком лечении гнойно-некротический стержень отходил в период от 2 до 6 дней. Хирургическое лечение проведено лишь 20 (16%) больным, из них 10 (8%) были прооперированы в день поступления.

Продолжительность госпитализации больных с фурункулами и карбункулами лица в среднем составила 8,1 койко-дня в КОКБ и 6,9 койко-дня в клинике СамГМУ.

Поступали на стационарное лечение и пациенты с осложненным течением фурункулов: флегмоной подбородочной и околоушно-жевательной области, флебитом подглазничной вены, острым подчелюстным лимфаденитом, абсцессом шеи. В отделении ЧЛХ клиники СамГМУ находились 7 пациентов, в КОКБ – 2.

На основании проведенного исследования мы можем сделать вывод о том, что заболеваемость фурункулами и карбункулами лица остается на высоком уровне, при этом в последние годы наметилась тенденция увеличения больных с данной патологией. Учитывая большой срок госпитализации и встречаемость воспалительных осложнений, представляющих угрозу жизни пациента, необходимо дальнейшее совершенствование алгоритмов стационарного лечения больных с фурункулами и карбункулами лица. Необходимо обязательное указание стадии заболевания для выбора адекватной врачебной тактики лечения.

Мы считаем, что тактика лечения больных с фурункулами и карбункулами ЧЛЮ, которая способствует сокращению сроков госпитализации, заключается в следующем.

1. Необходима госпитализация в отделение ЧЛХ в день выявления заболевания.
2. При фурункуле в стадии абсцедирования хирургическое вмешательство следует проводить в ближайшие часы после госпитализации.
3. Обязательны лабораторные методы исследования (общий анализ крови и мочи, кровь на сахар и т. д.).
4. Адекватное медикаментозное лечение, согласно тяжести течения заболевания и учитывая сопутствующую

патологию (антибиотики, антикоагулянты, антигистаминные препараты и т. д.).

5. Ежедневные перевязки.

6. Назначение физиотерапии (УВЧ, криотерапия и т. д.).

#### ЛИТЕРАТУРА

1. *Агапов В.С., Аратюнов С.Д., Шуаков В.В.*, ред. Инфекционные воспалительные заболевания челюстно-лицевой области. М.: Медицинское информационное агентство; 2004: 6–7.
2. *Уразаева А.Э.* Интоксикация центральной нервной системы при флегмонах челюстно-лицевой области – диагностика, лечение. *Стоматология.* 2003; 5: 28–31.
3. *Шаргородский А.Г.* Воспалительные заболевания челюстно-лицевой области и шеи. М.: Медицина; 1995.
4. *Шаргородский А.Г.* Воспалительные заболевания тканей челюстно-лицевой области и шеи. М.: ВУНМЦ МЗ РФ; 2001.
5. *Козлов В.А.* Одонтогенный менингит. В кн.: Наследие А.И. Евдокимова: Материалы конференции. М.; 1993: 14–6.
6. *Супиев Т.К.* Гнойно-воспалительные заболевания челюстно-лицевой области. М.: Медпресс; 2001; 160.
7. *Ямуркова Н.Ф.* Структурная характеристика воспалительных заболеваний челюстно-лицевой области по госпитализированной заболеваемости взрослого населения крупного города за десятилетний период и прогностические тенденции. *Стоматология.* 2007; 4: 28.
8. *Заболевания кожи полный справочник.* Под ред. Елисеева Ю.Ю. М.: ЭКСМОж 2009. Режим доступа: [http://fictionbook.ru/author/kollektiv\\_avtorov/zabolevaniya\\_koji/read\\_online.html?page=5](http://fictionbook.ru/author/kollektiv_avtorov/zabolevaniya_koji/read_online.html?page=5).
9. *Шаманаев С.В.* Экзогенная NO-терапия в комплексном лечении больных с фурункулами и карбункулами лица. *Российский стоматологический журнал.* 2009; 2: 34.

#### REFERENCES

1. *Agapov V.S., Aratyunov S.D., Shuakov V.V.*, eds. Infectious-inflammatory diseases of maxillo-facial region. M.: Medical information Agency; 2004: 6–7.
2. *Urzaeva A.E.* Intoxication Central nervous system with phlegmon of the maxillofacial area – diagnostics, treatment. *Dentistry.* 2003; 5: 28–31.
3. *Shargorodsky A.G.* Inflammatory diseases of maxillofacial area and neck. M.: Medicine; 1995.
4. *Shargorodsky A.G.* Inflammatory tissue diseases of maxillofacial area and neck. M.: NERC RF Ministry of health; 2001.
5. *Kozlov V.A.* Odontogenic meningitis. In: Heritage A.I. Evdokimov: Materials of the conference. M.; 1993: 14–6.
6. *Supiev T.K.* Pyo-inflammatory diseases of maxillo-facial region. M.: Medpress; 2001: 160.
7. *Yamurkova N.F.* Structural characteristic of inflammatory diseases of maxillofacial region госпитализированной morbidity in the adult population of a large city for a ten-year period and forecasted trends. *Dentistry.* 2007; 4: 28.
8. *Skin disease is a complete reference.* Ed. Eliseev Yu. Yu. M.: EKSMO; 2009. Mode of access: [http://fictionbook.ru/author/kollektiv\\_avtorov/zabolevaniya\\_koji/read\\_online.html?page=5](http://fictionbook.ru/author/kollektiv_avtorov/zabolevaniya_koji/read_online.html?page=5).
9. *Shamanaev S.V.* Exogenous NO-therapy in the complex treatment of patients with boils and carbuncles person. *Russian dental journal.* 2009; 2: 34.

Поступила 20.06.13