# Оценка заболеваемости и варианты стационарного лечения больных с фурункулами и карбункулами лица

К.В. ИМБРЯКОВ, д.м.н. В.Ю. НИКОЛЬСКИЙ[1]

## Facial furuncles and carbuncles incidence and morbidity

K.V. IMBRYAKOV, V.YU. NUCOLSKIY

Кировская государственная медицинская академия; Самарский государственный медицинский университет

**На основании изучения архивных материалов — историй болезни 5764 больных отделения челюстно-лицевой хирургии (ЧЛХ) клиники СамГМУ за 4 года с 2007 по 2010 г. включительно — установлены основные закономерности, характеризующиеся высокой медико-социальной значимостью заболеваемости фурункулами и карбункулами лица. Изучены варианты стационарного лечения 380 больных с фурункулами и карбункулами челюстно-лицевой области. Исходя из этих данных, для уменьшения частоты осложнений и сокращения сроков лечения авторы рекомендуют раннюю госпитализацию в специализированные отделения ЧЛХ, адекватно активную хирургическую тактику и комплексное медикаментозное лечение.**

*Ключевые слова: фурункулы и карбункулы лица, челюстно-лицевая хирургия, заболеваемость, стационарное лечение.*

**The retrospective study included analysis of 5764 hospital records in maxillo-facial surgery unit of Samara State Medical University Clinic to reveal facial furuncles and carbuncles incidence and morbidity. Patients attended in 2007—2010 were included in the study. Treatment options in 380 patients with facial furuncles and carbuncles were also analyzed. The authors recommend early treatment in the in-patient maxillofacial unit and adequate active surgical tactic.**

*Key words: facial furuncles and carbuncles, maxillofacial surgery, incidence, in-patient treatment.*

Инфекционные воспалительные заболевания составляют основную группу наиболее часто встречающихся заболеваний челюстно-лицевой области (ЧЛО) [2]. Воспалительные заболевания ЧЛО характеризуются высокой медико-социальной значимостью [6, 8, 9], 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, которая представляет собой одну из основных причин инвалидности и смертности [3, 5, 8—10].

Фурункулы и карбункулы — одна из наиболее часто встречающихся форм гнойно-воспалительных заболеваний ЧЛО неодонтогенного генеза [5]. Количество больных, поступающих в челюстно-лицевые стационары с этой нозологией, остается постоянно высоким [7].

Цель работы — оценка заболеваемости и обоснование стационарного лечения больных с фурункулами и карбункулами ЧЛО. В связи с этим решались следующие задачи:

— изучить заболеваемость фурункулами и карбункулами ЧЛО на примере отделения челюстно-лицевой хирургии (ЧЛХ) и стоматологии клиники СамГМУ;

— провести анализ полученных данных;

— обосновать стационарное лечение больных с фурункулами и карбункулами лица.

По архивным материалам — историям болезни 5764 больных отделения ЧЛХ клиники СамГМУ за 4 года (с 2007 по 2010 г. включительно) — установлено, что воспалительные заболевания ЧЛО в отделении ЧЛХ оказались доминирующей нозологической формой (66%).

На стационарном лечении в отделении ЧЛХ и стоматологии клиники СамГМУ с 2007 по 2010 г. находились 380 больных с фурункулами и карбункулами ЧЛО (7,4% от всех поступивших на лечение).

В 2007 г. стационарное лечение в ЧЛХ получили 1103 больных, у 787 (71%) из которых были воспалительные заболевания ЧЛО, в том числе у 76 (6,9%) — фурункулы и карбункулы. В 2008 г. из 1395 больных у 993 были воспалительные заболевания ЧЛО, в том числе фурункулы и карбункулы — у 102 (7,3%). В 2009 г. из 1175 больных у 703 (60%) были воспалительные заболевания ЧЛО, в том числе у 102 (8,7%) — фурункулы и карбункулы ЧЛО. В 2010 г. в отделении лечился 1491 больной, у 928 были воспалительные заболевания ЧЛО, в том числе фурункулы и карбункулы — у 100 (6,7%) — табл. 1.

С 2007 по 2010 г. на лечении находились 234 (61,6%) мужчины и 146 (38,4%) женщин с фурункулами и карбункулами ЧЛО. Выявлено, что из всех поступивших наибольшее число больных составили мужчины в возрасте от

© К.В. Имбряков, В.Ю. Никольский, 2012

*Stomatologiia (Mosk) 2012; 2: 29*

[1]Тел.: +7 (912) 734-1133

***Таблица 1.*** **Больные, поступившие в отделение ЧЛХ и стоматологии клиник СамГМУ с 2007 по 2010 г.**

| Год | Травмы | Воспалительные заболевания ЧЛО | | Опухоли и опухолеподобные образования | Другие заболевания челюстно-лицевой области | Общее количество ч/б |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | | фурункулы | карбункулы | | | |
| 2007 | 217 | 70 | 6 | 95 | 4 | 1103 |
| 2008 | 217 | 102 | 0 | 150 | 35 | 1395 |
| 2009 | 268 | 99 | 3 | 171 | 33 | 1175 |
| 2010 | 233 | 95 | 5 | 240 | 90 | 1491 |
| Итого | 935 | 366 | 14 | 656 | 162 | 5164 |

***Таблица 2.*** **Распределение (в %) больных, лечившихся с 2007 по 2010 г по поводу фурункулов и карбункулов лица по полу и возрасту**

| Мужчины | | | Женщины | | |
|---|---|---|---|---|---|
| до 25 лет | 25—45 лет | старше 45 лет | до 25 лет | 25—45 лет | старше 45 лет |
| 31,8 | 21,6 | 8,2 | 21,0 | 8,7 | 8,7 |

18 до 45 лет (53%) — табл. 2; 78% больных были жителями города и всего 22% — жителями сельской местности.

Фурункулы и карбункулы как у женщин, так и у мужчин локализовались больше в щечной, подглазничной областях и в области верхней губы, что увеличивает риск жизнеугрожающих осложнений и оправдывает стационарное лечение.

У 37 (9,7%) больных имелась сопутствующая патология: ишемическая болезнь сердца, гипертоническая болезнь, сахарный диабет, эпилепсия, гепатит В, гепатит С, ВИЧ-инфекция и т.д.

Фурункулы проходят 3 стадии созревания: стадию развития инфильтрата; стадию нагноения и некроза; стадию заживления [1]. За рассматриваемый период в отделение поступили 13 (3,4%) больных с фурункулом лица в стадии инфильтрации (рис. 1, 2, см. на цв. вклейке). Консервативные методы лечения были эффективны лишь в 4 случаях. 3 пациента прооперированы на следующий день после госпитализации, 3 — спустя 2 дня и 3 — через 3 сут.

Поступали на стационарное лечение и пациенты с осложненным течением фурункулов: с флегмоной подбородочной области — 3 пациента, с флегмоной околоушно-жевательной области — 1, с флебитом подглазничной вены — 1, с острым подчелюстным лимфаденитом — 1 и с абсцессом верхнего века — 1.

Нами проводилась экспертиза качества хирургической помощи с учетом характера воспалительного процесса. Выявлено, что воспалительные осложнения у больных с фурункулами связаны с достаточно поздним поступлением на стационарное лечение, а также с нарушением режима лечения в стационаре.

Клинический пример №1. Больной *К.*, 21 года. Через 3 дня после госпитализации по поводу абсцедирующего фурункула и операции, проведенной в день поступления, возникло осложнение — абсцесс подглазничной области, щечной области, верхней губы. Осложнение возникло из-за того, что больной самовольно покинул отделение после операции. Когда он вернулся, было проведено хирургическое лечение осложнения.

Клинический пример №2. У больной *Д.*, 20 лет, в день поступления проведена операция — вскрытие абсцесса. Но, несмотря на медикаментозное лечение и ежедневные перевязки, через 3 дня возник абсцесс околоушной области, который также был вскрыт. Развитие осложнения мы связываем с тем, что больная лечилась самостоятельно и обратилась за медицинской помощью лишь спустя 4 дня. В отделение ЧЛХ пациентка была доставлена «скорой помощью».

Срок госпитализации при осложненном течении фурункула ЧЛО составлял от 7 до 13 (в среднем — 9 дней). Большинство больных поступали с фурункулами в стадии абсцедирования (рис. 3, 4, см. на цв. вклейке).

При анализе тактики хирургического лечения с учетом стадии заболевания отмечено, что больным с фурункулами в стадии инфильтрации проводились пиницилливо-новокаиновые блокады; в случае развития стадии абсцедирования прибегали к хирургическому вмешательству. У больных с фурункулом и карбункулом в стадии абсцедирования в день поступления вскрывали абсцесс под местным обезболиванием. Во время операции удаляли гнойно-некротический стержень, рану обрабатывали водными растворами антисептиков (фурацилин, хлоргексидин), образовавшуюся полость дренировали одной резиновой полоской, накладывали асептическую повязку. В послеоперационном периоде — делали ежедневные перевязки.

Все больные, поступившие на стационарное лечение, получали медикаментозное лечение: антибактериальную терапию (гентамицин, линкомицин, цефазолин, ампициллин и т.д.); антигистаминные препараты (димедрол, супрастин); обезболивающие средства (анальгин, кеторол). В 2010 г. всем больным назначали антикоагулянты (аспирин или гепарин).

В зависимости от тяжести течения заболевания назначались такие процедуры, как аутотрансфузия УФ-облученной крови и гипербарическая оксигенация (ГБО).

Клинический пример №3. Больному *П.* операция — вскрытие абсцесса — была проведена под внутривенным наркозом в связи с сопутствующей патологией (бронхиальная астма, поливалентная аллергия). В послеоперационном периоде был назначен супрастин по 1 таблетке на

ночь и ежедневные перевязки. Длительность госпитализации составила 10 дней.

К сожалению, физиолечение и лечебную гимнастику получали менее 12% пациентов от числа всех больных с фурункулами и карбункулами ЧЛО. Оставляет желать лучшего применение лабораторных методов исследования (у многих больных в истории болезни эти данные отсутствуют). Бывает, что приходит анализ крови на сахар с повышенными показателями, при этом в анамнезе жизни больного сахарный диабет отсутствует, или в общем анализе крови читаем: «сгусток», но чаще всего повторного исследования не было.

Значительно число больных — 43 (11,3%), поступающих в стационар после безуспешного самолечения как фармакологическими препаратами, так и народными средствами. Эти пациенты используют следующие фармакологические средства: мазь Вишневского, ихтиоловую мазь, спиртовой раствор йода, компрессы с медом, листья алоэ и т.д. Как правило, через 2—3 дня после такого лечения больные обращались за медицинской помощью и госпитализировались в отделение ЧЛХ клиники СамГМУ по экстренным показаниям.

Клинический случай №4. Больной *В.*, 20 лет, поступил в клинику с диагнозом: абсцедирующий фурункул щечной области слева (рис. 4, см. на цв. вклейке). Пациент считает себя больным в течение 3 дней с момента, когда в щечной области слева появилась болезненная пустула. Больной попытался выдавить пустулу, отек увеличился, боль усилилась, температура тела повысилась до 37,5 °С. Пациент обрабатывал края инфильтрата спиртовым раствором йода, прикладывал повязки с мазью Вишневского. Симптомы интоксикации усилились, температура тела повысилась до 39,4 °С. Больной обратился в студенческий медицинский центр, направлен в клинику ЧЛХ СамГМУ, госпитализирован в экстренном порядке. В день поступления произведена операция — вскрытие абсцесса щечной области слева, назначено комплексное медикаментозное лечение. На следующий день больной почувствовал себя удовлетворительно, температура тела снизилась до 37,2 °С. Произведена перевязка, удалены оставшиеся некротические массы, рана промыта растворами антисептиков, дренирована двумя резиновыми полосками, наложена асептическая повязка (рис. 5—8, см. на цв. вклейке).

Большой интерес представляют пациенты с фурункулом и карбункулом лица, которые обращались за медицинской помощью в лечебные учреждения к терапевтам, хирургам общего профиля, дерматологам. Таких больных в период с 2007 по 2010 г. было 18 (4,7%). Им назначалось медикаментозное лечение, рекомендовались мазевые компрессы, производилось вскрытие фурункулов и карбункулов в амбулаторных условиях, но лечение оказывалось безуспешным, и пациенты были направлены в отделение ЧЛХ клиники СамГМУ.

Клинический случай №5. Больная *С.*, 42 года, поступила в клинику с диагнозом: абсцедирующий фурункул нижней губы справа. Пациентка считала себя больной в течение 7 дней, с момента, когда в области нижней губы справа возникла пустула. Через 2 дня, после переохлаждения, появился отек, который быстро увеличивался. Больная обратилась к врачу-дерматологу. Рекомендованы противовоспалительное, десенсибилизирующее лечение, мазевые компрессы. Улучшения не наступило, рекомендовано лечение у хирурга. Обратилась к хирургу в городскую больницу, где была произведена операция — вскрытие фурункула. Однако улучшения не наступило. Через 3 дня была направлена в отделение ЧЛХ клиники СамГМУ, госпитализирована в экстренном порядке. Произведены дополнительное вскрытие фурункула, повторный кюретаж и промывание раны антисептиками, наложена асептическая повязка. Назначена комплексная медикаментозная терапия. В последующие дни производились перевязки раны. На стационарном лечении находилась 7 дней, выписана с улучшением.

Мы считаем, что адекватно активная тактика хирургического и комплексного медикаментозного лечения больных с фурункулами и карбункулами ЧЛО заключается в следующем:

— госпитализация в отделение ЧЛХ в день выявления заболевания;

— при фурункуле в стадии абсцедирования — хирургическое вмешательство в ближайшие часы после госпитализации;

— проведение лабораторных исследований (общий анализ крови, общий анализ мочи, кровь на сахар и т.д.);

— адекватное медикаментозное лечение в соответствии с тяжестью заболевания и с учетом сопутствующей патологии (антибиотики, антикоагулянты, антигистаминные препараты и т.д.);

— ежедневные перевязки;

— назначение физиолечения (УВЧ, криотерапия и т.д.).

Проведенное исследование позволяет сделать вывод, что заболеваемость фурункулами и карбункулами лица остается высокой, причем в последние годы наметилась тенденция к увеличению числа больных с данной патологией. Учитывая большой срок госпитализации и возможность воспалительных осложнений, представляющих угрозу для жизни пациента, необходимо продолжать совершенствовать алгоритмы стационарного лечения больных с фурункулами и карбункулами лица.

В связи с этим нами выделены 3 вида адекватной врачебной тактики в зависимости от стадии заболевания:

— в стадии инфильтрации — местное консервативное лечение;

— в стадии абсцедирования — хирургическое вмешательство на очаге воспаления;

— при осложненном течении фурункулов — увеличение объема хирургического вмешательства с проведением дополнительных разрезов, в том числе контрапертур, а также инфузионная терапия, АУФОК и ГБО.

Общие для всех вариантов тактики компоненты — комплексное медикаментозное лечение (противовоспалительное, антигистаминное, введение антикоагулянтов и обезболивающих препаратов) и физиолечение (УВЧ, криотерапия).

Независимо от того, в какое лечебное учреждение и к какому специалисту обратился больной с фурункулом и карбункулом лица, он должен быть направлен в отделение ЧЛХ, где получит правильное, своевременное, хирургически адекватное и комплексное лечение, что приведет к сокращению количества осложнений и длительности нетрудоспособности.

## ЛИТЕРАТУРА


1. Заболевания кожи. Полный справочник. Под ред. Ю.Ю. Елисеева. М: ЭКСМО 2009. Режим доступа: http://fictionbook.ru/author/kollektiv_avtorov/zabolevaniya_koji/read_online.html?page=5
2. Инфекционные воспалительные заболевания челюстно-лицевой области. Под ред. В.С. Агапова, С.Д. Аратюнова, В.В. Шуакова В.В. М: Мед информ агентство 2004; 6—7.
3. *Козлов В.А.* Одонтогенный менингит. Наследие А.И. Евдокимова. Материалы конференции. М 1993; 14—16.
4. *Розум И.А.* Фурункул носа: Клинико-лабораторное исследование: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. М 2002.
5. *Супиев Т.К.* Гнойно-воспалительные заболевания челюстно-лицевой области. М: Медпресс 2001; 160.
6. *Уразаева А.Э.* Интоксикация центральной нервной системы при флегмонах челюстно-лицевой области — диагностика, лечение. Стоматология 2003; 5: 28—31.
7. *Шаманаев С.В.* Экзогенная NO-терапия в комплексном лечении больных с фурункулами и карбункулами лица. Рос стомат журн 2009; 2: 34.
8. *Шаргородский А.Г.* Воспалительные заболевания челюстно-лицевой области и шеи. М: Медицина 1995; 351.
9. *Шаргородский А.Г.* Воспалительные заболевания тканей челюстно-лицевой области и шеи. М: ВУНМЦ МЗ РФ 2001; 272.
10. *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.

**К статье *К.В. Имбрякова и В.Ю. Никольского* «Оценка заболеваемости и варианты стационарного лечения больных с фурункулами и карбункулами лица»**



***Рис. 1*. Фурункул, формирование пустулы (больная *И.*, 25 лет).**



***Рис. 2*. Фурункул в стадии инфильтрации (больная *Д.*, 10 лет).**



***Рис. 3*. Фурункул в стадии абсцедирования (больной *К.*, 23 лет).**



***Рис. 4*. Фурункул в стадии абсцедирования. Результат самолечения (больной *В.*, 20 лет).**



***Рис. 5*. Перевязка (следующий день после операции), механическое удаление масс из раны (больного *В.*, 20 лет).**



***Рис. 6*. Внешний вид раны после удаления некротических масс и обработки растворами антисептиков (больной *В.*, 20 лет).**

**К статье *К.В. Имбрякова и В.Ю. Никольского* «Оценка заболеваемости и варианты стационарного лечения больных с фурункулами и карбункулами лица»** *(продолжение)*



***Рис. 7*. Установка резиновых дренажей (больной *В.*, 20 лет).**



***Рис. 8.* Асептическая повязка (больной В., *20* лет).**

**К статье *А.И. Лалетина и А.Р. Ястремского* «Ситуационный анализ заболеваемости врожденными несращениями губы и неба в Кировской области и организация Центра диспансеризации детей с врожденной патологией челюстно-лицевой области»**



***Рис. 1.* Больной *К.*, 3,5 мес.**
Диагноз: врожденное скрытое двустороннее несращение верхней губы.



***Рис. 2.* Больной *П.*, 3 мес.**
Диагноз: врожденное неполное несращение верхней губы справа.