
О РОЛИ НЕКОТОРЫХ ФАКТОРОВ В РАЗВИТИИ ФУРУНКУЛА ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ У ЖИТЕЛЕЙ ЗАБАЙКАЛЬСКОГО КРАЯ

И.И. Бородулина, И.С. Климова

Кафедра хирургической стоматологии
Читинская государственная медицинская академия
ул. Горького, 39а, Чита, Россия, 672029

С целью выявления эпидемиологических особенностей проведен ретроспективный анализ 1415 историй болезни, а также клиническое обследование 110 пациентов с фурункулом и карбункулом челюстно-лицевой области. Установлено, что чаще развивался одиночный фурункул, преимущественно у лиц мужского пола в возрасте 19—35 лет. Локализация фурункула соответствовала местам наибольшего скопления волосяных фолликулов и сальных желез. Установлено влияние гиперандрогенемии на развитие фурункула и карбункула.

Ключевые слова: челюстно-лицевая область, фурункул, фурункулез.

Фурункул и карбункул занимают от 10 до 17% в структуре воспалительных заболеваний челюстно-лицевой области [4, 6]. Количество пациентов с данным заболеванием продолжает увеличиваться. Тяжело протекают фурункул и карбункул, осложненные тромбофлебитом вен лица, тромбозом синусов твердой оболочки головного мозга, сепсисом.

Фурункул, локализующийся на различных участках тела человека, преимущественно развивается у лиц юного и молодого возраста (42%). Карбункулом чаще страдают люди средних лет и пожилые. В 43% случаев заболевание носит хронический рецидивирующий характер. У 37,5% пациентов оно протекает на фоне разноплановых изменений в иммунной системе [1, 2, 7]. Среди сопутствующей течению фурункула соматической патологии ряд авторов выделяют: заболевания желудочно-кишечного тракта (55—91,7%), дисбактериоз кишечника (31,8—72%), патологию ЛОР-органов (хронический тонзиллит до 47%, хронический фарингит до 26,5%), аллергические заболевания [2, 8].

Кожа человека обладает бактерицидными свойствами и способностью к самоочищению, что в большей степени обусловлено секретом потовых и сальных желез. Они наиболее многочисленны на коже головы: лба, верхней губы и подбородка [3, 6, 8, 9]. Стимуляция секреции кожного сала осуществляется стероидами с андрогенным эффектом и контролируется гонадотропными гормонами. Процессы метаболизма половых гормонов и реализация их тканевых эффектов частично происходит в дерме и жировой ткани [5].

Анализ данных литературы позволяет сделать заключение о недостаточности данных по эпидемиологии и патогенезу фурункула и карбункула челюстно-лицевой области. За последние 5 лет проведены лишь единичные исследования, посвященные данной проблеме.

Целью исследования явилось выявление причин и факторов, способствующих возникновению и развитию фурункула и карбункула челюстно-лицевой области.

Материалы и методы: нами проведен ретроспективный анализ 1415 амбулаторных и стационарных историй болезни пациентов, находившихся на лечении в стоматологической клинике ГОУ ВПО ЧГМА и отделения челюстно-лицевой хирургии Краевой клинической больницы г. Читы в 2002—2007 гг.

Клиническим материалом явились результаты обследования 110 больных в возрасте от 12 до 65 лет с фурункулом и карбункулом челюстно-лицевой области, проходивших лечение в стоматологической клинике ЧГМА в 2006—2007 гг. Программа обследования включала в себя сбор жалоб, анамнеза заболевания и жизни, оценку и анализ клинических проявлений. Тип кожи лица определяли субъективными методами (осмотр, определение сухих и жирных участков). Из 110 больных нами была выделена группа лиц (группа клинического сравнения ГКС) в возрасте от 19 до 35 лет — 10 мужчин и 10 женщин, у которых были определены половые стероиды — прогестерон, эстрадиол, общий тестостерон, секс-связывающий глобулин (ССГ) в сыворотке крови методом иммуноферментного анализа.

Кроме того, всем пациентам проводилось анкетирование. Анкета была разработана нами с целью выявления факторов, способствующих развитию заболевания, и содержала вопросы о типе кожи, способах и средствах по уходу за ней, особенностях питания и др.

Группу клинического контроля (ГКК) составили 20 практически здоровых лиц в возрасте 19—35 лет (10 мужчин и 10 женщин).

Результаты и обсуждение: при анализе архивных историй болезни выявлено, что на протяжении ряда лет заболеваемость фурункулом и карбункулом лица среди жителей г. Читы и Забайкальского края оставалась на высоком уровне. По данным стоматологической клиники ЧГМА процент лиц с этим заболеванием (от общего числа обратившихся за хирургической стоматологической помощью) за 2002—2007 годы существенно увеличился (рис. 1).

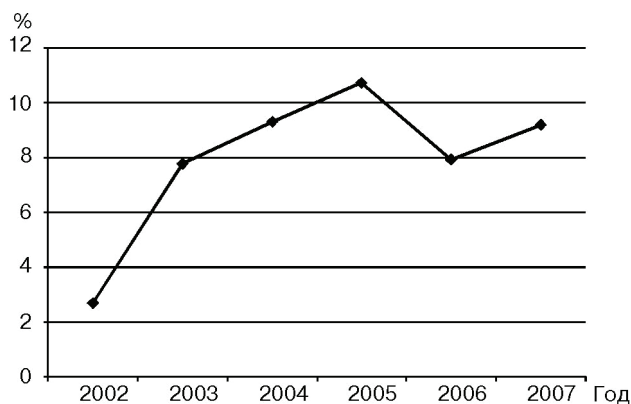


Рис. 1. Количество пациентов (%) с фурункулом и карбункулом челюстно-лицевой области, проходивших лечение в стомклинике ЧГМА за 2002—2007 гг.

Среди заболевших в 52,7% случаев были мужчины, в 47,3% — женщины.

При распределении больных по возрастным группам согласно периодам становления половой системы выявлено, что чаще глубокие пиодермии развиваются в раннем репродуктивном периоде и периоде пубертата, т.е. в возрасте 19—35 лет (47,3%) и 14—18 лет (32,7%) соответственно. Начиная с позднего репродуктивного периода (36—45 лет) и до периода постменопаузы (56 лет и старше) происходит постепенное уменьшение частоты развития фурункулов.

В 87,3% случаев был диагностирован одиночный фурункул, карбункул — в 8,4%, пациенты с местным фурункулезом составили 2,1%. В 36% случаев течение заболевания осложнилось развитием абсцесса мягких тканей, в 10% — флегмитом угловой вены лица, в 1% — перихондритом и у одного пациента — септическим состоянием.

При рассмотрении сезонных колебаний заболеваемости выявлено, что наименьшее количество пациентов приходится на декабрь. Рост числа заболевших отмечен весной (март, апрель), летом (июнь, август), осенью (сентябрь, октябрь) (рис. 2).

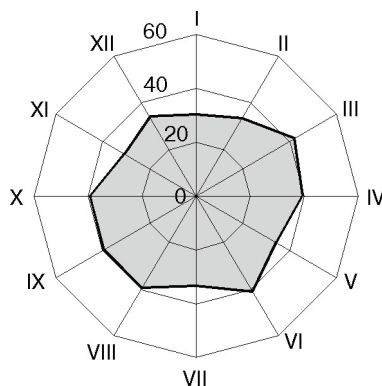


Рис. 2. Показатели сезонности развития фурункула и карбункула лица у жителей Забайкальского края

Локализация соответствовала анатомическим особенностям строения различных областей лица. Чаще фурункул локализовался на участках кожи с густым расположением волосяных фолликулов и других придатков. Так, в щечной области фурункул и карбункул были диагностированы в 19,3% случаев, в области подбородка — в 12,8%, верхней губы — 10,9%, носа — 9,4%. На остальные области приходилось меньшее количество: скуловая область поражалась в 8,5% случаев, нижняя губа — 5,5%, подглазничная область — 4,4%, височная и верхнее веко по 4,2% и т.д.

Из 110 обследованных нами пациентов начало воспалительного процесса связывают с нарушениями иммунной системы (31,3%), с переохлаждением и травмой (попыткой выдавливания «гнояничка») первичного очага по 15,6% соответственно, с наличием эндокринной патологии (9,4%) и 28,1% больных не смогли выделить видимую причину заболевания.

Давность заболевания у больных хроническим рецидивирующим фурункулезом составила от 2 месяцев до полутора лет.

55% пациентов имели сопутствующую патологию: различные формы *acne vulgaris*, хронический пиелонефрит, заболевания ЖКТ (холецистит, панкреатит, гастрит), нарушение менструального цикла, сахарный диабет и гипертоническую болезнь (рис. 3).

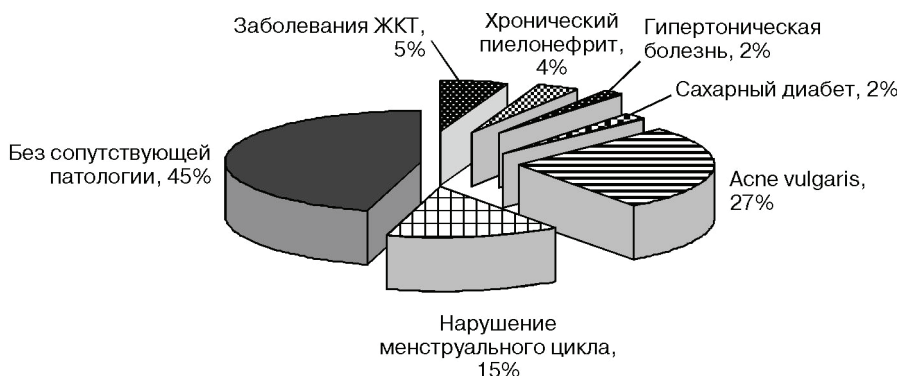


Рис. 3. Сопутствующая патология у пациентов с фурункулом и карбункулом лица

У 64,7% с хроническим фурункулезом кожа лица была жирной, со склонностью к образованию мелких гнойничков и акнеформных высыпаний, 29,4% имели нормальный тип кожи, у 5,9% — комбинированный. У пациентов с одиночным фурункулом в 47,2% случаев кожа оценена как жирная, в 36,1% — нормальная, в 13,9% — комбинированная и у 2,8% — сухая, со склонностью к шелушению. В группе здоровых лиц у 80% выявлен нормальный тип кожи, в 13,3% — сухой и лишь у 6,7% — жирный. Для ухода за кожей лица 40% пациентов (женщины) с фурункулами использовали косметические средства, соответствующие их типу кожи. Мужчины ограничивались применением мыла.

Уровень потребления сахара и других легкоусвояемых углеводов по результатам анкетирования у 33,3% больных был высоким и умеренным. Только 20% респондентов отдавали предпочтение овощам и молочным продуктам. В группе здоровых лиц в 66,7% потребление углеводов оценено как умеренное, в 26,7% низкое и лишь в 13,3% высокое.

У женщин пубертата и раннего репродуктивного периодов с фурункулом и карбункулом лица группы клинического сравнения уровень общего тестостерона составил $5,2 \pm 0,7$ Нмоль/л (на 1,6 раза выше, чем у женщин группы клинического контроля — ГКК); свободного тестостерона $0,14 \pm 0,02$ Нмоль/л (в 1,75 раза выше ГКК). При этом количество ССГ составило $31,2 \pm 6,8$ Нмоль/л (в 1,75 раза ниже ГКК), $p < 0,05$.

У мужчин соответствующего возраста эти показатели составили: общий тестостерон $29,7 \pm 2,8$ Нмоль/л (выше ГКК в 0,64 раза), свободный тестостерон $1,18 \pm 0,21$ Нмоль/л (выше ГКК в 0,42 раза), а ССГ $21,1 \pm 3$, Нмоль/л 1 (ниже ГКК в 1,6 раз).

Выводы. У жителей Забайкальского края чаще (65,5%) диагностируется одиночный фурункул, преимущественно болеют мужчины в возрасте 19—35 лет. Локализация фурункулов соответствует местам наибольшего скопления волосных фолликулов и сальных желез (щечная, подбородочная область и верхняя гу-

ба). У 50,9% пациентов с фурункулом и карбункулом — жирный тип кожи лица, а у 27,2% в анамнезе выявлены различные формы *acne vulgaris*. Данные пациенты в больших количествах употребляют сахар и легкоусвояемые углеводы. У них повышено содержание общего и свободного тестостерона и снижено секссвязывающего гормона, что приводит к гиперфункции сальных желез и изменению состава кожного сала, нарушению барьерной функции эпителия.

ЛИТЕРАТУРА

- [1] Багаутдинова В.И. Клиника и лечение осложненных фурункулов и карбункулов лица: Автореф. дисс. ... канд. мед. наук. — Харьков, 1994. — С. 9—12.
- [2] Баранова И.Д. Новые подходы к лечению хронического фурункулеза с помощью современных иммуномодуляторов: Автореф. дисс. ... канд. мед. наук. — М., 1999. — С. 23—33.
- [3] Волкова Е.Н., Бутов Ю.С., Морозов С.Г. К проблеме иммунопатогенеза гнойничковых заболеваний кожи // Вестник дерматологии и венерологии. — 2004. — № 1. — С. 20—22.
- [4] Забелин А.С., Кузьмина Е.В., Фурса Д.Н., Чепиков С.С. Использование аппарата «Плазон» в лечении больных с фурункулами лица // Материалы IX международной конференции челюстно-лицевых хирургов и стоматологов. — СПб., 2004. — С. 74—75.
- [5] Кошевенко Ю.Н. Кожа человека. Руководство для врачей и студентов. — М.: Медицина, 2007. — Т. 1. — С. 259—263.
- [6] Кудинов Е.С. Септико-метастатические осложнения при фурункулах и карбункулах лица // Стоматология. — 1999. — № 3. — С. 22—25.
- [7] Стареньков Г.В., Сульман О.А. Клиника и лечение фурункулов лица // Вопросы стоматологии: Труды Смоленского государственного медицинского института. — Вып. 1. — Смоленск, 1970. — С. 129—131.
- [8] Щербакова О.А. Комплексная терапия больных хроническим рецидивирующим фурункулезом с нарушением аффинности иммуноглобулинов: Автореф. дисс. ... канд. мед. наук. — М., 2004. — С. 44—48.
- [9] Noble. Skin bacteriology and the role of *Staphylococcus aureus* in infection // British Journal of Dermatology. — November 2002. — Vol. 147. Issue 5. — P. 879.

THE ROLE OF SAME FACTORS OF DEVELOPMENT FURUNCULE OF ORAL-FACIAL REGIO IN INHABITANTS OF TRANSBAIKALIAN REGION

I.I. Borodulina, I.S. Klimova

Department of stomatological surgery
Chita state medical academy
Gorky str., 39a, Chita, Russia, 672029

The aim of our research was to detect epidemiological aspects of development furuncles of oral-facial regio. We carried out retrospective analysis of 1415 histories taking of the patients with that disease. We carried out clinical investigation of 110 patients with different forms of furuncles also. We have found, that ones furuncles are develops in the men at the age of 19—35. Localization of furuncles was corresponding to the place growth of follicles and fat glandules.

Key words: furuncle, furunculosis, epidemiological aspects, oral-facial regio.