

СТРУКТУРА ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ФУРУНКУЛАМИ И КАРБУНКУЛАМИ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ

Крупченко М.С.

*УО «Белорусский государственный медицинский университет»,
г. Минск, Беларусь*

Введение. На современном этапе параллельно с увеличением числа одонтогенных гнойно-воспалительных процессов, прослеживается постоянный рост показателей развития воспалительных процессов неодонтогенного генеза, из которых фурункулы челюстно-лицевой области составляют 37,1% [2]. Частота развития данного патологического процесса от общего числа воспалительных заболеваний мягких тканей челюстно-лицевой области составляет 19,4%. При этом 57,6% из них приходится на долю лиц трудоспособного возраста [1]. Изменения в клиническом течении заболеваний, их быстрое течение нередко приводит к тяжёлым осложнениям, угрожающих для жизни пациента: тромбофлебиту вен лица, тромбозу пещеристого синуса, менингиту, менингоэнцефалиту, сепсису. Однако на современном этапе структуре заболеваемости гнойно-воспалительными процессами неодонтогенного генеза не уделяется достаточно внимания.

Цель исследования – определить структуру заболеваемости фурункулами и карбункулами челюстно-лицевой области.

Объекты и методы. Проведен ретроспективный анализ карт стационарных пациентов с фурункулами и карбункулами челюстно-лицевой области, проходивших стационарное лечение в отделении челюстно-лицевой хирургии № 2 УЗ «9-я городская клиническая больница» г. Минска в 2007 году. Статистическую обработку полученных данных осуществляли с применением персонального компьютера и пакетов прикладных статистических программ. Полученные данные обрабатывались методом описательной статистики с вычислением среднего арифметического (M), среднего квадратичного отклонения (σ).

Результаты. Анализ данных частоты развития фурункулов и карбункулов челюстно-лицевой области за изучаемый период времени показал, что у мужчин данная патология возникает чаще 41 (64,1%), чем у женщин – 23 (36,9%). При этом средний возраст у мужчин

при поражении данной патологией составляет $31,2 \pm 0,34$ года, женщин - $35,6 \pm 0,48$ лет. Структура частоты развития фурункулов и карбункулов в зависимости от локализации была следующей: подбородочная область - 20,3%, область щеки – 18,75%, область нижней губы – 10,9%, область верхней губы – 7,8%, подглазничная область – 9,4%, височная область - 6,25%, поднижнечелюстная область – 6,25%, в надбровной области - 4,7%, в скуловой области - 4,7%, в области носогубной складки - 4,7%; в области лба, угла рта и корня носа патологический процесс был констатирован у 3,1%, 3,1% и 1,6% пациентов, соответственно.

Необходимо отметить, что у изучаемой группы пациентов, в 18,75% наблюдений в анамнезе были сопутствующие заболевания. У 7,8% пациентов с фурункулами и карбункулами челюстно-лицевой области сахарный диабет 1 и 2 типов. Среди сопутствующих диагнозов также были ишемическая болезнь сердца, стенокардия, флебит угловой вены лица, невусы и папилломы.

Средняя продолжительность нахождения пациентов с фурункулами и карбункулами челюстно-лицевой области в стационаре составила $4,9 \pm 0,3$ суток, причём, после выписки из стационара все пациенты продолжали амбулаторное лечение в поликлинике по месту жительства под наблюдением стоматологов-хирургов.

Заключение. Структура заболеваемости свидетельствует о высокой социально-экономической значимости совершенствования известных и поиска новых, наиболее эффективных комплексов лечения фурункулов и карбункулов челюстно-лицевой области.

Литература.

1. Власова, О.С. Лечение воспалительных заболеваний и тканей челюстно-лицевой области на основе низкочастотного ультразвука и перфторана: автореф. дис. ... канд. мед. наук: 14.00.21 / О.С. Власова; Перм. гос. мед. академ., 2008. – 22 с.
2. Климова, И.С. Закономерности возникновения и развития фурункулов челюстно-лицевой области, патогенетически обоснование путей коррекции: автореф. дис. ... канд. мед. наук: 14.00.21 / И.С. Климова; Иркутск, 2009. - 19 с.