

## **ФУРУНКУЛЫ КОЖИ ЛИЦА У ДЕТЕЙ**

В работе проанализированы истории 51 пациента с фурункулами кожи лица, которые находились на лечении в отделении ЧЛХ 4-ой ДКБ г. Минска за период с 01.01.2001 г. по 01.01.2002 г. Описана клиническая картина и тактика лечения в зависимости от стадии процесса. Микрофлора, высеянная из воспалительного очага, в 98% случаев была не чувствительна к ампициллину и оксациллину, и высокочувствительна к эритромицину, линкомицину, цефалоспорином, которые и следует применять при лечении детей с фурункулами кожи лица.

**Ключевые слова:** микрофлора, фурункулы.

In the article the cases of 51 patients with facial furuncles have been analysed. The patients were treated at the department of Maxillo-Facial Surgery of Children Hospital № in Minsk from 01.01.2001 till 01.01.2002. The clinical picture and the treatment is described depending on a stage of the process. Skin culters in 98% of cases were not sensitive to ampicillin and oxacillin and were highly sensitive to erythromycin, lincomycin, cefalosporine, which in our opinion, should be applied in the treatment of children skin face furuncles. Key words: skin culters , furuncul

Фурункул – острое гнойно-некротическое воспаление волосяного фолликула и окружающих мягких тканей. Наблюдается чаще всего у лиц молодого возраста. Возбудителями заболевания обычно являются золотистый и белый стафилококки, а также их ассоциации с другими микроорганизмами. Предрасполагающими факторами могут быть: загрязнение и микротравмы кожи, метеорологические факторы, авитаминоз, заболевания эндокринной системы, сенсбилизация к стафилококковой инфекции и др. Особое значение имеет сахарный диабет, при котором 20% больных страдают фурункулезом, т.е. множественным поражением кожи фурункулами.

В 65% случаев фурункулы локализуются на лице. Особого внимания требуют фурункулы, локализирующиеся в области носогубного треугольника, так как иногда при этом заболевание приобретает тяжелое клиническое течение вследствие того, что значительно развитые венозные и лимфатические сети на лице способствуют быстрому распространению инфекции. Прогрессирующий тромбоз вен лица может перейти по анастомозам на венозные синусы твердой мозговой оболочки, что ведет к их тромбозу и гнойному базальному менингиту. Фурункулы могут осложняться лимфангитом, лимфаденитом, тромбозом вен лица, сепсисом, могут быть пусковым механизмом любого гнойного процесса в органах и тканях организма.

Нами проанализированы истории 51 больного, которые находились на лечении в отделении челюстно-лицевой хирургии 4-й детской клинической больницы г. Минска за период с 1-го января 2001 года по 1-е января 2002 года. Из них 31 мальчик, 20 девочек. По возрасту больные распределялись следующим образом: до 6 лет – 5 детей, от 7 до 11 лет – 13 детей, от 12 до 15 лет – 33 ребенка. В зависимости от локализации нами установлено: в 12 случаях фурункулы встречались в области подбородка; в 7 случаях – в области нижней губы; в 12 случаях – в области верхней губы и угла рта; в 6 случаях – в области носа. Фурункулы другой локализации составили 14 случаев. У одного ребенка было диагностировано сразу несколько фурункулов кожи лица.

При обращении больных в приемный покой больницы с диагнозом “Фурункул в стадии инфильтрации” нами выявлялась нерезко ограниченная гиперемия кожи и отечность тканей. В области устья волосяного фолликула мы наблюдали ограниченный узелок, подлежащие ткани были инфильтрированы, их пальпация была болезненной. При отсутствии общих реакций организма ребенок не госпитализировался. Рекомендовалось следующее амбулаторное лечение: полуспиртовые компрессы на область инфильтрата, компрессы с димексидом, мазью Вишневского, УФО в поликлинике по месту жительства. Кроме того, пациенты предупреждались об опасности травматизации патологического очага и прикладывания грелок.

В детском возрасте на лице очень быстро происходит гнойно-некротическое расплавление подкожно-жировой клетчатки, окружающей волосяной фолликул, с возникновением так называемого абсцедирующего фурункула. При таком диагнозе больные госпитализировались в отделение ЧЛХ. У детей старшего возраста абсцедированию и госпитализации, как правило, предшествовало “выдавливание” начальных элементов фурункула, гнойничков кожи, юношеских угрей и т.д.

Все больные с абсцедирующими фурункулами лица были госпитализированы в стационар на 3 – 4-й день от начала заболевания. Клинически при поступлении в стационар мы наблюдали выступающий над кожей инфильтрат красного цвета с некротическим стержнем в центре. При пальпации ощущалась размягчение и болезненность; пограничные с воспалительным очагом мягкие ткани были отечны. У детей младшего возраста наблюдались резорбтивные явления: недомогание, головные боли, повышение температуры и т.д. При поступлении в стационар производилась дифференциальная диагностика фурункулов с такими заболеваниями, как нагноившаяся атерома, воспалившаяся эпителиома и др. Ребенок обследовался лабораторно (общий анализ крови и мочи, анализ крови на глюкозу и др.)

Хирургическое лечение заключалось в следующем: под общим обезболиванием абсцесс вскрывали, удаляли отторгшийся некротический стержень, а рану дренировали. Во время операции брали мазки из раны на флору и чувствительность к антибиотикам. Параллельно назначалась лекарственная терапия: антибиотики и антикоагулянты. Однако в 7 случаях дети не получали лекарственной терапии, т.к. у них были противопоказания к антибиотикотерапии или в этом не было клинической необходимости.

Всем детям на следующий день после операции назначали УФО и электрическое поле УВЧ. перевязки осуществлялись ежедневно. Через 2 – 3 дня после операции отек мягких тканей значительно уменьшался, рана очищалась от некротических тканей и выполнялась грануляциями. У 27 детей заживление раны с образованием небольшого, несколько втянутого рубца происходило через 5 – 6 дней после начала лечения и у 24 – через 7 – 9 дней. В среднем пациент проводил в больнице 6,3 койко-день.

По данным бактериологического исследования, микрофлора, присутствующая в воспалительном очаге, была представлена в основном золотистым стафилококком, в единичных случаях был высеян эпидермальный стафилококк. При этом чувствительность высеянной микрофлоры к ампициллину и оксациллину была выявлена лишь в двух случаях. В остальных исследованиях возбудитель был высокочувствителен к эритромицину, линкомицину, гентамицину, цефалоспорином и не чувствителен к антибиотикам пенициллинового ряда.

Результаты произведенного нами исследования позволяют сделать следующие выводы:

1. Фурункулами кожи лица болеют преимущественно дети в возрасте от 12 до 15 лет (33 пациента, т.е. 64,7%), из них чаще всего лица мужского пола (21 человек, т.е. 63,6%).

2. Микрофлора, высеянная из воспалительного очага, в 99% случаев была не чувствительна к ампициллину и оксациллину и высоко чувствительна к эритромицину, линкомицину, цефалоспорином, которые и следует применять при лечении детей с фурункулами кожи лица.

3. У детей с абсцедирующими фурункулами лица, особенно носогубного треугольника, хирургическое лечение следует сочетать с антибактериальной и антикоагуляционной терапией с целью профилактики злокачественного течения воспалительного процесса.

4. При условиях проведения своевременного хирургического и консервативного лечения мы не наблюдали осложнений в виде тромбофлебитов, лимфаденитов, сепсиса. Таким образом, опасность хирургического вмешательства при комплексном лечении фурункулов лица у детей, по нашему мнению, преувеличена.

### **Литература**

1. Багаутдинова В.И. Клиника и лечение осложненных фурункулов и карбункулов лица. Автореф. дис. ...канд. мед. наук. - Полтава, 1994. - 17с.
2. Кудинова Е.С. Септико-метастатические осложнения при фурункулах и карбункулах лица. // Стоматология. - 1999. - №3. - с.22-25.
3. Шаргородский А.Г. (Ред.). Воспалительные заболевания челюстно-лицевой области и шеи. - М.: Медицина, 1994. - 352 с.
4. Tan H.H., Tay Y.K., Goe C.L. Bacterial skin infections at a tertiary dermatological center. // Singapore Medical J. – 1998. - №8. - p.353-6.