

Н.В. Марочко, А.Д. Ефременко, М.Н. Дардина

СОНОГРАФИЯ В ДИАГНОСТИКЕ ОСТРОГО ГЕМАТОГЕННОГО ОСТЕОМИЕЛИТА У ДЕТЕЙ*Детская краевая клиническая больница (Хабаровск)*

Наряду с традиционными методами диагностики остеомиелита в нашей клинике широко используется ультразвукография. Целью нашей работы явилось изучение ультразвуковой семиотики ранних стадий острого гематогенного остеомиелита у детей и закономерностей эхографической картины патоморфологических стадий развития процесса, разработка оптимальных сроков ультразвукового мониторинга в процессе лечения ребенка. За последние 4 года нами обследовано 75 детей, в возрасте от новорожденности до 15 лет, с остеомиелитом различной локализации. Ультразвуковое исследование проводили высокочастотными линейными датчиками 7,5–10 МГц с оценкой состояния надкостницы, костной ткани, параоссальных мягких тканей, их сосудистого рисунка, близлежащих суставов. Обязательным условием была полипозиционная и полипроекционная исследования, у 11 больных при наличии свищевого хода проводилась эхофистулография для оценки распространенности деструктивных процессов мягких тканей и гнойных затеков. Ультразвуковой мониторинг с кратностью исследования от 2 до 8 раз проводился 26 больным в течение 1–3 месяцев. При обследовании больных выявлены следующие ультразвуковые симптомы: утолщение до 2–4 мм и понижение эхо-

генности надкостницы, увеличение толщины эхосигнала от поверхности кости более 1 мм за счет понижения акустической плотности костной ткани, неровность контура и прерывистость кортикальной пластинки, костные секвестры, кистозная перестройка костной ткани, инфильтраты и абсцессы параоссальных тканей, нарушение эхоархитектоники прилежащих мышц, расширение полости близлежащих суставов и утолщение суставной капсулы, повышение эхогенности гиалиновых хрящей. Ранние признаки поражения костной ткани появляются при сонографии на 1–3 сутки после возникновения клинических проявлений заболевания, рентгенологическая картина остеомиелита появляется позже. Таким образом, применение УЗИ в комплексе диагностических методов исследования при остром остеомиелите позволяет выявить изменения в ранних стадиях заболевания, получить дополнительную информацию о распространении и течении патологического процесса в параоссальных мягких тканях. Мы предлагаем проводить ультразвуковой мониторинг данному контингенту больных в момент первичного обращения, затем 1 раз в 3–5 дней при наличии гнойного очага и свищевого хода, обязательно через 3 недели от начала заболевания и перед выпиской.

Г.В. Мунгалов, А.П. Фролов, Л.В. Карпова, В.К. Воронков

ОДОНТОГЕННЫЕ ГНОЙНО-ВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ ПРОЦЕССЫ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ В СОВРЕМЕННЫХ УСЛОВИЯХ*Городская клиническая больница № 1 (Иркутск)*

Несмотря на достигнутые успехи в профилактике и лечении кариеса зубов и заболеваний пародонта, проблема одонтогенной инфекции остается актуальной в связи с высокой частотой развития гнойно-воспалительных процессов челюстно-лицевой области.

Отделение челюстно-лицевой хирургии Клинической больницы № 1 г. Иркутска круглосуточно оказывает экстренную хирургическую помощь населению г. Иркутска и Иркутской области с заболеваниями челюстно-лицевой области, что позволяет объективно оценить характер одонтогенных гнойно-воспалительных процессов челюстно-лицевой области (ОГВП ЧЛО).

В 2001–2003 гг. на лечении в отделении челюстно-лицевой хирургии находилось 1049 жителей

г. Иркутска и Иркутской области с воспалительными процессами челюстно-лицевой области, из них у 216 (20,6 %) больных имелись ОГВП ЧЛО (в 2001 г. — 53 больных, в 2002 г. — 71, в 2003 г. — 92). Ежегодный прирост госпитализированных больных с ОГВП ЧЛО за указанный период составил 20 человек.

Тяжесть ОГВП ЧЛО оценивалась по локализации и распространенности гнойно-воспалительного процесса. С гнойно-воспалительным процессом в одном из клетчаточных пространств было 80 больных (группа 1), в двух и более клетчаточном пространстве — 110 больных (группа 2), с флегмоной дна полости рта и шеи, наиболее тяжелым проявлением гнойно-воспалительного процесса — 26 больных (группа 3) (табл. 1).

Таблица 1

Распределение больных с различными видами одонтогенных гнойно-воспалительных процессов челюстно-лицевой области и сроки их госпитализации

Группы	Количество больных			Всего	Сроки госпитализации		
	2001 г.	2002 г.	2003 г.		до 3 сут.	3–6 сут.	более 6 сут.
Группа 1	21	23	36	80	17	48	15
Группа 2	26	39	45	110	24	55	31
Группа 3	6	9	11	26	2	14	10
Итого	53	71	92	216	43	117	56

Установлено, что ежегодный прирост больных с ОГВПЧЛО происходит за счет абсолютного увеличения количества больных как с легкими, так и с тяжелыми формами заболевания.

Больные с ОГВП ЧЛО чаще всего госпитализировались на 3–6 сутки от начала заболевания (117 больных), реже всего — в первые двое суток (43 больных), остальные 56 больных — позднее 6 суток. Среди больных с ОГВП ЧЛО реже всего в ранние сроки заболевания (2 больных) и чаще всего в поздние сроки заболевания (10 больных) госпитализировались больные с флегмоной дна полости рта и шеи. Больные с гнойно-воспалительным процессом в одном из клетчаточных про-

странств госпитализировались несколько раньше, чем больные с гнойно-воспалительным процессом в двух и более клетчаточном пространстве (таблица 1).

Таким образом, с 2001 по 2003 гг. произошел существенный рост одонтогенных гнойно-воспалительных процессов челюстно-лицевой области с увеличением абсолютного количества тяжелых форм, при которых гнойно-воспалительный процесс распространяется на несколько анатомических областей с развитием грозных и опасных осложнений. Развитие тяжелых форм заболевания нередко обусловлено поздним обращением за медицинской помощью.

А.В. Новокшенов, А.С. Николаев, М.Ю. Федоров, А.В. Ванеев, О.Б. Елистратов, Е.А. Новокшенов

АНАЛИЗ ГНОЙНО-СЕПТИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ В НЕЙРОХИРУРГИЧЕСКОМ ОТДЕЛЕНИИ

Федеральное государственное лечебно-профилактическое учреждение «Научно-клинический центр охраны здоровья шахтеров» (Ленинск-Кузнецкий)

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Определить частоту гнойно-септических осложнений у больных с нейрохирургической патологией для улучшения качества лечения.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

Материал основан на анализе 2639 больных, лечившихся в нейрохирургическом отделении ФГЛПУ НКЦОЗШ за последние три года (выписанных и умерших); из них с заболеваниями ЦНС — 813, с травмами НС и их последствиями — 1826. Произведено операций всего — 1537: из них с заболеваниями ЦНС — 417, при травме ЦНС — 1302.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

На основании приказа МЗ РФ № 3450 от 02.06.1997 г. «О совершенствовании системы ме-

роприятий по профилактике госпитальной инфекции» прилагается перечень заболеваний, подлежащих учету и регистрации в отделении.

Критериями гнойно-септических осложнений являлись:

1. Инфекционные послеоперационные осложнения. Наличие одного признака из следующих: гнойные выделения из послеоперационной раны или дренажа, отек или болезненность или гиперемия послеоперационной раны или разведение послеоперационной раны или удаление инородного тела (пластина, спица, шовный материал), наличие положительного посева из раны).
2. Некрозы (после операции).
3. Пролежни.
4. Невриты (после операции, в результате вынужденного положения).