

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).