

Знание этих особенностей позволит врачу избегать диагностических ошибок и намечать правильную тактику лечения этой категории пострадавших.

УДК 616.716.4—009.12.

А. М. Сулейманов, Ю. Н. Шестаков, В. Н. Козлов (Уфа). Редкий случай остеогенной контрактуры нижней челюсти

Мы наблюдали одного больного, у которого злостная контрактура нижней челюсти развилась через 3 года вследствие ушиба левой околоушно-жевательной области. Приводим выписку из истории болезни.

Г., 26 лет, поступил в клинику челюстно-лицевой хирургии Башкирского медицинского института с жалобами на ограниченное открывание рта. В сентябре 1981 г. он получил удар рукой в левую околоушно-жевательную область. После удара появились припухлость и болезненность в левой половине лица, открывание рта в последующем стало постепенно ограничиваться. Проведенные лечебные мероприятия (ЛФК, физиотерапия) оказались неэффективными: посттравматический отек околоушно-жевательной области уменьшился, но открывание рта ухудшилось. Более того, появилось уплотнение в области угла нижней челюсти слева. В ноябре 1981 г. была произведена первая операция; со слов больного — «удалили нарост с кости». Оперативное вмешательство дало кратковременный положительный эффект.

При осмотре больного привлекала внимание значительная асимметрия лица за счет припухлости левой околоушно-жевательной и скуловой областей. Кожа над припухлостью была физиологической окраски, легко собиралась в складку. Регионарные лимфоузлы не увеличены. Открывание рта между центральными резами достигало 0,8 см. При открывании рта нижняя челюсть смещалась влево. Видимая слизистая оболочка полости рта бледно-розовой окраски. На рентгенограмме костей лицевого скелета в прямой проекции определялся контур опухолевидного образования, исходящего из области венозного отростка нижней челюсти.

02.10.1985 г. во время операции под общим внутривенным обезболиванием через разрез кожи в левой поднижнечелюстной области обнажена наружная поверхность ветви нижней челюсти. В области венозного отростка обнаружено костное опухолевидное образование (3,5×2,5 см), исходящее из основания веночного отростка. К телу скуловой кости оно прикреплялось в области основания височного отростка скулового комплекса фиброзными спайками. Опухолевидное образование удалено путем резекции веночного отростка нижней челюсти.

УДК 617.3—022—083

А. А. Кузнецов (Саратов). Посетители травматологических стационаров как возможный источник внутрибольничной инфекции

Пребывание посетителей в травматологических стационарах является в известной степени закономерным и желательным: общение с родственниками и знакомыми благотворно сказывается на нервно-психическом статусе

больных, перенесших травму или готовящихся к оперативному вмешательству, особенно если учесть их продолжительное стационарное лечение. В ряде случаев лица, посещающие больных, привлекаются к уходу за ними. Однако посетители травматологических стационаров могут быть дополнительными источниками инфекции, влияя на распространение внутрибольничной стафилококковой инфекции, на что до сих пор обращалось мало внимания.

Нами обследованы 98 посетителей травматологического отделения. У всех брали мазки со слизистой оболочки передних носовых ходов, наиболее подверженных инфекции. Выделение, идентификация, определение количественного показателя (степень микробного обсеменения носа), фаготипирование культур золотистого стафилококка осуществляли по общепринятой методике.

В отделении находилось около 80 человек. К больным, которые не могли самостоятельно передвигаться, посетители имели постоянные пропуски и навещали их в среднем 1—2 раза в день. Остальные больные встречались с посетителями в холлах, коридорах, на лестничных площадках. В среднем 4—5 посетителей находились постоянно в отделении, ухаживая за тяжелобольными. Время пребывания в палатах посетителей, по нашим наблюдениям, составляло в среднем 20 мин. В течение недели отделение посещали в среднем 130 человек. Результаты проведенной работы представлены в табл. 1.

Таблица 1

Носительство золотистого стафилококка среди посетителей стационара

Результаты обследования на носительство	Установлено носительство			Носительство отсутствует
	злостное	постоянное	временное	
Численность группы	4	8	22	64
Средняя степень микробного носительства	$7,0 \cdot 10^3$	$3,3 \cdot 10^3$	$1,0 \cdot 10^4$	
В % к числу обследованных	4,1	8,2	22,4	65,3

Таким образом, среди посетителей выявлены временные, а также постоянные и злостные носители. Массивность носительства золотистых стафилококков у различных категорий носителей была примерно одинаковой. Частота различных степеней массивности выделения возбудителя представлена в табл. 2.

Как видно из данных табл. 2, массивность носового носительства выражалась чаще всего показателем от 10^2 до 10^3 , в отдельных случаях до 10^4 и 10^5 .

При фаготипировании культур золотистого

Таблица 2

Степень микробного обсеменения носа у посетителей стационара

Степень обсеменения	Число носителей	% к числу обследованных посетителей
10^2	22	22,4
10^3	34	34,7
10^4	4	4,1
10^5	1	1,0