

Знание этих особенностей позволит врачу избегать диагностических ошибок и назначать 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 остная контрактура нижней челюсти развивалась 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 левого венечного 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 венечного отростка обнаружено костное опухолевидное образование (3,5×2,5 см), исходящее из основания венечного отростка. К телу скуловой кости оно прикреплялось в области основания височного отростка скулового комплекса фиброзными спайками. Опухолевидное образование удалено путем резекции венечного 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

стафилококка выделялись преимущественно фаговары первой группы, много было культур смешанных фагогрупп. Наиболее часто встречающимся фаговаром был 29/52А/ 79/6/42Е/47/53/54/75/83А/84/85. К этому фаговару относились 11 культур. Вторым по частоте выделения был фаговар 71 (местный госпитальный штамм) — 8 культур. Фаговар 80 был обнаружен 2 раза, а в фагомозаике — еще 9 раз; 4 культуры были отнесены к местному госпитальному штамму 3А.

Таким образом, в эпидемиологическом отношении посетители травматологических стационаров представляют собой угрозу как дополнительные источники инфекции. Для предупреждения внутрибольничных заражений, связанных с посещением больных стационара, на посетителей следует распространить санитарно-гигиенический режим, предусмотренный соответствующими инструкциями (ношение хлопчатобумажных вещей, масок, сменной обуви и т. д.). Лиц, привлекающихся к длительному уходу за больными, необходимо обследовать на носительство стафилококков. Передвижение внутри стационара должно быть ограничено; для встреч посетителей с самостоятельно передвигающимися больными нужно выделить специальные помещения.

УДК 617.559—007.253—089.8

С. С. Слесаренко, В. Г. Кацяя (Саратов). Хирургия кожных аномалий крестцово-копчиковой области

В периодической литературе крайне мало статей, посвященных лечению эпителиальных копчиковых ходов. Поэтому неудивительно, что эти заболевания распознаются несвоевременно, а в их лечении допускаются серьезные ошибки. Считается, что в остром периоде заболевания есть все условия для радикальной операции, однако ряд авторов предлагают производить радикальную операцию после стихания признаков острого воспаления в сроки от 5 дней до 6 мес.

С целью разработки рациональной тактики были изучены истории болезни 112 больных с нагноившимися эпителиальными копчиковыми ходами и их воспалительными осложнениями, оперированных в проктологическом отделении. Среди обследованных больных наиболее многочисленной была группа в возрасте от 20 до 40 лет. Все применявшиеся способы операции дали примерно одинаковую частоту послеоперационных рецидивов, хотя очевидны преимущества открытого способа ведения.

Анализ сроков нетрудоспособности больных позволил выбрать оптимальный вид оперативного вмешательства. Так, наиболее короткие сроки нетрудоспособности были при иссечении копчикового хода с глухим швом (27 дней) и с открытым ведением раны (26,4 дня). Следовательно, при клинической ремиссии воспалительного процесса целесообразно применять именно эти способы операции.

Послеоперационный койко-день при иссечении хода с глухим швом (11,2 койко-дня) в среднем на 5 дней меньше. В тех случаях, когда ушивание раны наглухо невозможно в связи с наличием в местах бывших гнойных затеков массивных рубцов, образующих при их иссечении обширную рану, целесообразно уменьшить размеры операционной раны подшиванием краев ко дну. Такой способ уменьшения опера-

ционной раны после экономного иссечения копчикового хода и рубцов сокращает сроки нетрудоспособности больных, и они в среднем составляют всего 28,5—29,5 дня.

Рецидив заболевания возник у 6,6% больных от общего числа прооперированных с эпителиальными копчиковыми ходами, причем послеоперационные рецидивы в 85% случаев наблюдались в течение первого года после операции. Следовательно, для своевременного их выявления и лечения больные должны находиться под диспансерным наблюдением, как правило, в течение одного года после операции.

Болевой синдром в области копчика, близкий по клиническим проявлениям к так называемой «копчиковой боли» (кокцигодинии), осложнил послеоперационный период у 14,4% больных с прослеженными результатами лечения. Клинически он проявлялся неприятными ощущениями давления, дискомфорта или ноющей болью в области копчика. Боль мешала пациентам сидеть, особенно откинувшись на спинку стула. Частое изменение положения тела приносило им лишь кратковременное облегчение. Кроме того, боль возникала во время ходьбы, при быстром подъеме и присаживании на стул. Во всех случаях болевой синдром имел временный характер и исчезал без специального лечения в сроки от 6 мес до одного года после операции. Следовательно, сохранение под раной слоя жировой клетчатки, покрывающей надкостницу, снижает частоту возникновения болевого синдрома в области копчика.

УДК 618.1—085.838

С. Р. Гимадиева (Куйбышев). Результаты лечения заболеваний женских половых органов в бальнео-физиотерапевтическом объединении комплекса санаториев-профилакториев

Организация бальнеофизиотерапевтического объединения (БФО) комплекса санаториев-профилакториев Куйбышевского областного совета профессиональных союзов дала возможность сконцентрировать усилия врачей и среднего медицинского персонала, переведенных из санаториев-профилакториев, и организовать мощную лечебную базу. БФО работает в две смены с 8 до 21 ч, обслуживает 14—15 заездов каждого санатория-профилактория. Лечение проводится с отрывом и без отрыва от производства. В комплексе санаториев-профилакториев ежегодно оздоравливаются 23—24 тыс. человек.

В 1984 г. в БФО получили лечение 773 женщины с заболеваниями женских половых органов, в 1985 г. — 775 и в 1986 г. — 1042 человека.

Лечение гинекологических заболеваний в БФО осуществляется с помощью естественных и искусственных физических факторов. На территории комплекса функционируют две скажины, дающие бромносероводородную воду с содержанием общего сероводорода до 57—62 мг/л брома до 48 мг/л. Общая минерализация воды составляет 37 г/л. Бромносероводородную воду больные получают, принимая общие ванны и в положении сидя, а также в виде влагалищных орошений (курс — 10—12 процедур).

Лечение искусственно приготовленной радоновой водой проводится с 1984 г. Концентрация радона в воде для ванн — 20—40—80 нКи/л, для влагалищных орошений — 40—80 (курс — 10—12 процедур).

С целью тренировки адаптационно-приспо-