



АЛГОРИТМЫ ДИАГНОСТИКИ АНАЭРОБНОЙ ИНФЕКЦИИ У БОЛЬНЫХ С ГНОЙНЫМИ ХИРУРГИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ЛИЦА И ШЕИ

А.А. ОГАНЕСЯН^{1,2}

В.Ф. КУЛИКОВСКИЙ^{1,2}

¹⁾ *Областная
клиническая больница
Святителя Иоасафа, г. Белгород*

²⁾ *Белгородский государственный на-
циональный исследовательский уни-
верситет*

e-mail: oganesyan@rambler.ru

Авторами проведены комплексные клиничко-лабораторные исследования у 118 больных с анаэробными инфекциями лица и шеи. Разработаны и внедрены в практику алгоритмы диагностической стандартизации и исследовательской программы с амбулаторного этапа до выписки из специализированного стационара.

Ключевые слова: алгоритм, анаэробная инфекция.

Анаэробная хирургической инфекция (АХИ) мягких тканей головы и шеи — это опасное для жизни заболевание, характеризующееся быстро прогрессирующим некрозом поверхностной фасции и прилегающих тканей, приводящим к развитию эндотоксемии с частым исходом в тяжелый сепсис и полиорганную недостаточность [1, 2].

Эффективность раннего выявления, дифференциальной диагностики фаз заболевания объективная оценка состояния систем жизнеобеспечения и тяжести заболевания в целом возможно при соблюдении стандартизированного алгоритма [3, 4].

Целью исследования явилась попытка стандартизировать диагностические мероприятия и программы исследования больных с анаэробными хирургическими инфекциями лица и шеи.

Материал и методы. В отделении челюстно-лицевой хирургии Белгородской ОКБ произведен анализ лечения 118 больных с одонтогенной анаэробной неклостридиальной инфекцией за период с 2003 по 2009 гг. Процесс диагностики включал комплексное трехэтапное исследование: общеклинические методы; лабораторные и биохимические тесты; инструментальная диагностика (УЗИ, R-графия, СКТ).

Результаты. Разработанный алгоритм приведен на рисунке.

Как видно из приведенных данных, алгоритмы и объем исследования в динамике развития заболевания и лечения существенно меняется. Так, уже в условиях поликлиники, исследовательская программа должна включать создание первичной информационной базы в основном по клиническим и рутинным рентгенологическим данным. Как показали наши исследования ни в одном из направлений на стационарное лечение не фигурировал диагноз «АХИ».

Указаний на возможную оценку состояния больного как септическое также не было ни у одного больного. Хирургическое вмешательство в виде удаления пораженного зуба и периостомии были проведены у 12 (10,2%) больных, медикаментозное лечение было назначено только 9 (7,6%) больным. Обращает на себя внимание, что значительное число больных — 32 (27,1%), лечились в амбулаторных условиях от двух суток и более, что безусловно приводило только к утяжелению состояния больных.

В условиях приемного отделения стационара в соответствии с разработанным алгоритмом, основными задачами дежурного врача были: аргументированное установление нозологической формы заболевания, проведение топической диагностики и оценка тяжести заболевания с определением его формы и фазы. Лабораторные исследования в рамках программы Apache II в соответствии с общепринятой интерпретацией с использованием балльной оценки. Исследовательские мероприятия в обязательном порядке продолжались в условиях операционного блока — интраоперационная картина.

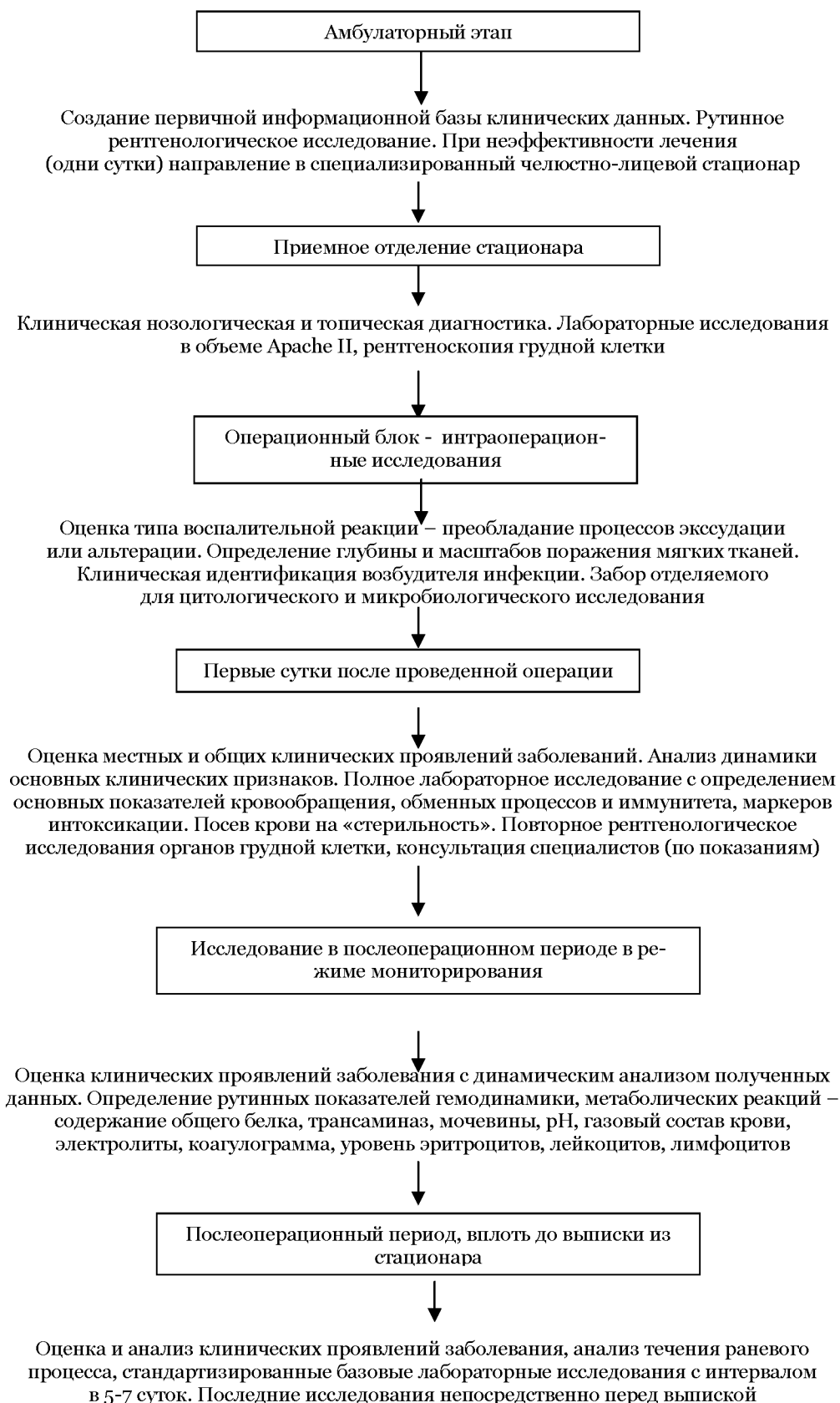


Рис. Алгоритм исследования больных с АХИ в области лица и шеи

Использовался весь массив интраоперационных клинических данных, анализ которых позволил достаточно объективно оценить глубину поражения и масштабы распространения воспалительного процесса. Определяется преобладание или наличие



в воспалительной реакции процессов экссудации или альтерации. Одновременно реализуется программа клинической идентификации возбудителя (таблица).

Таблица

Программа клинической идентификации возбудителя

Вид, цвет, текучие свойства, консистенция, наличие газа, запах.	Предполагаемый возбудитель
Гной желтый, сливкообразной консистенции.	Стафилококк
Гной жидкий, розоватого цвета, текучий, без запаха.	Стрептококк
Гной серого, бурого, коричневатого цвета с включениями, хлопьями, неомогенной консистенции, возможно с пузырьками газа.	Представители грамм отрицательной микрофлоры
Гной сине-зеленого цвета, текучий без запаха, равномерной консистенции.	Синегнойная палочка
В ране очаговый или диффузный некроз, резкий неприятный ихорозный, гнилостный запах.	Представители неклостридиальных анаэробов

По нашим данным, использование в практике программы клинической идентификации возбудителей, дали нам весомое основание полагать о наличии в ране смешанной микрофлоры, что в последующем было подтверждено специальными микробиологическими исследованиями.

Проведенные в последующем направленные микробиологические исследования в целом подтвердили результаты клинической идентификации возбудителя и правомочность его использования в повседневной клинической практике.

В соответствии с планом исследовательского алгоритма, на первые сутки после операции проводятся полномасштабные лабораторные исследования, результаты которых позволяют объективизировать оценку системной гомеостатической реакции в связи с бактериальной агрессией.

В дальнейшем в зависимости от тяжести заболевания, динамики его развития в благоприятном или неблагоприятном варианте исследовательская программа реализуется в виде ежедневного (а иногда и с более коротким интервалом в условиях отделения реанимации) мониторируемого исследования с определением основных показателей гомеостаза, отражающих функциональное состояние систем жизнеобеспечения. При благоприятном течении заболевания базовые лабораторные исследования проводятся с интервалом 5-7 суток.

Вывод. Использование разработанного исследовательского алгоритма, включающего анализ местных и общих клинических проявлений, показатели многофакторных лабораторных исследований, позволяет объективизировать тяжесть заболевания, предопределить его прогноз, внести необходимые коррективы в лечение и существенно улучшить их результаты в целом.

Литература

1. Одонтогенные воспалительные заболевания: Руководство для врачей. Под ред. Т.Г. Робустовой. - М, 2006. - С. 664.
2. Светухин, А.М. Гнойная хирургия: современное состояние проблемы / А.М. Светухин, Ю.А. Амирасланов // Врачебная газета. - 2003. - №12. - С.16-19.
3. Шевченко, Ю.Л. Организационные проблемы диагностики и лечения анаэробной инфекции мягких тканей и сепсиса / Ю.Л. Шевченко, В.Н. Французов А.С. Базаров // Актуальные вопросы гнойно-септической хирургии. - Красноярск, 2005. - С.203-204.
4. Шевченко, Ю.Л. Алгоритм диагностики анаэробной инфекции мягких тканей и сепсиса / Ю.Л. Шевченко, В.Н. Французов, В.Г. Истратов // Актуальные вопросы гнойно-септической хирургии. - Красноярск, 2005. - С. 200-201.



ALGORITHMS FOR DIAGNOSIS OF ANAEROBIC INFECTION IN PATIENTS WITH PURULENT SURGICAL DISEASES OF THE FACE AND NECK

A.A. OGANESYAN^{1,2}
V.F. KULIKOVSKY^{1,2}

*¹⁾ Regional clinical hospital
St. Ioasafa, Belgorod*

*²⁾ Belgorod National
Research University*

e-mail: oganecyan@rambler.ru

The authors have researched comprehensive clinical and laboratory tests in 118 patients with anaerobic infections of the face and neck. We developed and introduced in to practice the algorithms for diagnostic standardization and research program with outpatient phase before discharge from the specialist maxillofacial hospital.

Key words: algorithm, anaerobic infection.