

край, иерсиниоз следует включать в дифференциальную диагностику детей с лихорадкой, интоксикацией, абдоминальным синдромом, поражением печени и суставов, а также полиморфными кожными высыпаниями.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Эпидемиологическая обстановка по природно-очаговым инфекционным болезням в Южном и Северо-Кавказском федеральных округах в 2022 г. : аналитический обзор / авт.-сост. А. Н. Куличенко, О. В. Малецкая, Д. А. Прислегина, В. В. Махова, Т. В. Таран, Н. Ф. Василенко, Е. А. Манин, У. М. Ашибов, Д. В. Ульшина. – Ставрополь, 2023. – 104 с.

2. Инфекционные болезни : национальное руководство / под ред. Н. Д. Ющука, Ю. Я. Венгерова. – Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2019. – 1104 с.

УДК 579.61:616.716.1/4-002.3

А. Р. Крук, Н. А. Гушин

*Научный руководитель: старший преподаватель А. А. Козырева,
к.м.н., доцент Н. Э. Колчанова*

*Учреждение образования
«Гомельский государственный медицинский университет»
г. Гомель, Республика Беларусь*

ХАРАКТЕРИСТИКА ВОЗБУДИТЕЛЕЙ ОДОНТОГЕННОГО ОСТЕОМИЕЛИТА

Введение

Одонтогенный остеомиелит – это гнойно-некротический инфекционный воспалительный процесс, развивающийся в костной ткани и костном мозге челюстных костей, а также в окружающих их мягких тканях, на фоне снижения иммунной реактивности организма, повышения вирулентности условно патогенной одонтогенной микрофлоры, нарушения микроциркуляции, нейрогуморальной регуляции и повышения сенсibilизации организма. Это одно из самых неоднозначных и грозных заболеваний из всех гнойно-воспалительных процессов челюстно-лицевой области. Согласно литературным данным, среди микрофлоры остеомиелитических гнойных очагов чаще встречаются стафилококки, стрептококки и другие кокки, возможны ассоциации с палочковидными формами бактерий и анаэробной флорой [1, 2].

В зависимости от характера микрофлоры, иммунобиологического состояния и индивидуальных особенностей организма инфекционный процесс в костной ткани челюстей может носить как очаговый, так и диффузный характер. Снижение качества жизни пациентов с одонтогенным остеомиелитом определяет необходимость более глубокого изучения этиологии и патогенеза данного заболевания [3].

Цель

Изучить характер патогенной микрофлоры, выделенной из раневого экссудата у пациентов с одонтогенным остеомиелитом челюстей.

Материал и методы исследования

Проведен ретроспективный анализ амбулаторных карт пациентов, проходивших стационарное лечение в отделении челюстно-лицевой хирургии учреждения «Гомельская областная клиническая больница» в течение 2023 года с диагнозом одонтогенный остеомиелит челюсти (K10.21). При анализе данных учитывали результаты микробиологического исследования, чувствительность выделенных микроорганизмов к антибактериальным препаратам.

Результаты исследования и их обсуждение

В отделении челюстно-лицевой хирургии за 2023 год с диагнозом одонтогенный остеомиелит челюстей (K10.21) находились на лечении 305 человек, что составило 30 % от общего количества пациентов стоматологического профиля.

По результатам микробиологического исследования раневого экссудата, полученного при хирургической обработке гнойного очага, у 106 пациентов (34,75 %) наблюдался рост патогенной микрофлоры, которые вошли в исследуемую группу. В 199 случаях (65,25 %) роста этиологически значимой микрофлоры не обнаружено. Чаше одонтогенный остеомиелит встречается у пациентов в возрасте 18–44 года – 43 человека, что составило 40,6 %, средняя длительность лечения составила 14 дней (таблица 1).

Таблица 1 – Количественное распределение пациентов по половозрастному признаку и срокам лечения в стационаре с положительным ростом патогенной микрофлоры

	Количество пациентов мужского пола n (% от общего количества)	Количество пациентов женского пола n (% от общего количества)	Сроки лечения в стационаре (среднее количество койко-дней)
До 18 лет	3 чел (2,8%)	3 чел (2,8%)	11
19–44 года	21 чел (19,8%)	22 чел (20,8%)	14
45–59	19 чел (17,9%)	14 чел (13,2%)	13
60 и старше	13 чел (12,3%)	11 чел (10,4%)	18

Согласно результатам бактериологического исследования выделенная из раневого отделяемого пациентов с одонтогенным остеомиелитом микрофлора состояла из патогенных и условно-патогенных микроорганизмов (таблица 2). Наиболее часто из раневого экссудата идентифицировались: стафилококки, что составило 35,8 % (n=38), *Staphylococcus aureus*, *Staphylococcus epidermidis*, *Staphylococcus haemolyticus*; стрептококки, 20,8 % (n=22) – *Streptococcus pneumoniae*, *Streptococcus viridans*.

Таблица 2 – Результаты микробиологического исследования раневого экссудата у стационарных пациентов с острыми одонтогенными остеомиелитами

Микроорганизм	n	%
<i>Staphylococcus spp</i>	38	35,8
<i>Streptococcus spp</i>	22	20,8
<i>Enterococcus spp</i>	15	14,2
<i>Escherichia coli</i>	4	3,8
<i>Klebsiella spp</i>	7	6,6
Non-fermenting Gram-negative rods	3	2,8
<i>Candida spp</i>	13	12,2
Скудный рост	4	3,8
Умеренный рост	10	9,4
Обильный рост	3	2,8

В ходе исследования было установлено, что выделенные от пациентов штаммы обладали устойчивостью к антибактериальным препаратам, которые назначались пациентам эмпирически до микробиологического исследования. Наиболее часто устойчивость у выделенных изолятов наблюдалась к антибактериальным препаратам групп пеницил-

линов 37 % (n=39) и линкозамидов 10,3 % (n=11), что возможно связано с их частым применением в клинической практике и, следовательно, развитию факторов резистентности у штаммов микроорганизмов.

Среди осложнений одонтогенного остеомиелита у пациентов чаще встречались абсцессы – 23 пациента (21,7 %) и флегмоны – 10 (9,4 %). Основной характеристикой осложнений является полимикробная природа инфекции [4].

Выводы

1. Наиболее часто из раневого экссудата идентифицировались: стафилококки, что составило 35,8 % (n=38), *S. aureus*, *S. epidermidis*, *S. haemolyticus*; стрептококки, 20,8 % (n=22) – *S. pneumoniae*, *S. viridans*.

2. Наиболее часто устойчивость у выделенных изолятов наблюдалась к антибактериальным препаратам групп пенициллинов 37 % (n=39) и линкозамидов 10,3 % (n=11), что возможно связано с их частым применением в клинической практике и, следовательно, развитию факторов резистентности у штаммов микроорганизмов.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Кабанова, А. А. Возбудители воспалительных заболеваний челюстнолицевой области в областных стационарах Беларуси / А. А. Кабанова // Медицинский вестник Северного. – 2017. – № 4. – С. 424–427.
2. Кулаков, А. А. Хирургическая стоматология / под ред. А. А. Кулакова. – Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2021. – 408 с. – ISBN 978-5-9704-6001-6. – Текст : электронный // ЭБС «Консультант студента» : [сайт]. – URL: <https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970460016.html> (дата обращения: 03.11.2025). – Режим доступа: по подписке.
3. Шаргородский, А. Г. Воспалительные заболевания тканей челюстно-лицевой области и шеи / А. Г. Шаргородский. – Москва : ГОУ ВУНМЦ МЗ РФ, 2001. – 271 с.
4. Zarco, M., Vess, T., Ginsburg, G. The oral microbiome in health and disease and the potential impact on personalized dental medicine / M. Zarco, T. Vess, G. Ginsburg // Oral Diseases. – 2012. – № 18. – P. 109–120.

УДК 616.921.8:614.47(476.2)

А. Ю. Круковская, Д. П. Евдокимов

Научный руководитель: заведующий кафедрой, к.м.н., доцент Л. П. Мамчиц

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

МНОГОЛЕТНЯЯ ДИНАМИКА ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ КОКЛЮШЕМ СРЕДИ НАСЕЛЕНИЯ ГОМЕЛЬСКОЙ ОБЛАСТИ В УСЛОВИЯХ ВАКЦИНОПРОФИЛАКТИКИ

Введение

Коклюш – острая антропонозная инфекция верхних дыхательных путей, которая относится к инфекциям, управляемым средствами иммунопрофилактики. Заболевание передается воздушно-капельным путем (при чихании, разговоре с больным человеком) и характеризуется длительным течением со специфическими приступами кашля («судорожный кашель») [5]. В довакцинальный период около 80 % заболевших составляли дети в возрасте до 5 лет (преимущественно до 1 года). После введения плановой вакцинопрофилактики заболеваемость коклюшем претерпела существенные изменения [2, 3, 4]. В Республике Беларусь массовая вакцинация детей против коклюша началась еще в 1950–1960-ых годах с использования вакцины АКДС, которая содержала в себе