

тельства на суставах, флебэктомии. При этом 7 операций проведено на следующие сутки после госпитализации, 5 — на вторые и последующие сутки. 12 (38,7 %) пациентам была проведена предоперационная химиопрофилактика цефазолином и в послеоперационный период назначена антибиотикотерапия либо цефазолином, либо комбинация цефтриаксона с метронидазолом. Из них в пяти случаях холецистэктомии цефазолин или цефтриаксон были назначены в послеоперационный период только на двое суток при длительности госпитализации более 10 дней. 7 (22,6 %) пациентам в х/о № 2 назначалась антибиотикотерапия (цефтриаксон, цефазолин либо цефтриаксон с метронидазолом) до операции — 4 пациентам, после операции — 3 пациентам при холецистэктомии, аппендэктомии, диагностической лапароскопии, формировании культи пальцев.

При проведении ретроспективного сплошного исследования проанализирована только одна «Медицинская карта стационарного больного» отоларингологического отделения, в которой отмечено оперативное вмешательство у пациента с искривлением носовой перегородки. В данном случае в послеоперационном периоде использована комбинация цефтриаксона с метронидазолом.

Выводы

Выбор предоперационной антибиотикопрофилактики (ампициллин/сульбактам, цефазолин) в хирургических отделениях соответствует Приказу Министерства здравоохранения Республики Беларусь «О мерах по снижению антибактериальной резистентности микроорганизмов» от 29.12.2015 № 1301. Для формирования стратегии рационального использования антибактериальных лекарственных средств и предупреждения различий в подходах предоперационной химиопрофилактики и антибиотикотерапии необходимы локальные протоколы с учетом регулярного микробиологического мониторинга в отделениях хирургического профиля. Необходимы четкие обоснования перехода на антибактериальную терапию в послеоперационном периоде.

ЛИТЕРАТУРА

1. Приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь «О мерах по снижению антибактериальной резистентности микроорганизмов» № 1301 от 29.12.2015.

УДК 616.216.1 – 002. «2014-2017»

АНАЛИЗ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ОДОНТОГЕННЫМ ВЕРХНЕЧЕЛЮСТНЫМ СИНУСИТОМ ПО ДАННЫМ ЛОР-ОТДЕЛЕНИЯ И ОТДЕЛЕНИЯ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ХИРУРГИИ УЧРЕЖДЕНИЯ «ГОМЕЛЬСКАЯ ОБЛАСТНАЯ КЛИНИЧЕСКАЯ БОЛЬНИЦА» (2014–2017 ГГ.)

Костина Ю. М., Михальченко В. А.

Научный руководитель: к.м.н., доцент И. Д. Шляга

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

Введение

Воспалительные заболевания околоносовых пазух относятся к наиболее часто встречающейся патологии верхних дыхательных путей. Из всех пазух чаще всего поражается верхнечелюстная [1].

Различают следующие типы верхнечелюстных синуситов (ВЧС): одонтогенные, риногенные, гематогенные, травматические и аллергические [2].

Особого внимания заслуживает одонтогенный ВЧС (ОВЧС), т. к. он отличается патологией, микробиологией и лечением от других синуситов. Неспособность точно и своевременно выявить одонтогенную природу синусита может привести к неправильной тактике лечения, хронизации процесса и развитию опасных осложнений [3].

ОВЧС — это воспаление верхнечелюстной пазухи (ВЧП), которое возникает в результате распространения инфекции из одонтогенных воспалительных очагов [2].

Одонтогенные синуситы по своему течению могут быть острыми, подострыми и хроническими, а также представлять собой обострение хронического воспаления. [2]

ВЧП — полость округлой формы объемом от 10–12 до 30 см³. Выделяют 3 типа пазух: склеротический тип-малые размеры пазухи, костная стенка между слизистой оболочкой пазухи и верхушками зубов может достигать нескольких мм; пневматический тип — крупные размеры пазухи, костная стенка в области дна пазухи либо очень тонкая, либо отсутствует и верхушки зубов покрыты только слизистой оболочкой; смешанный тип [3].

Таким образом, возникновение синуситов зависит в основном от двух факторов: наличия и тяжести течения одонтогенного воспаления и толщины костной прослойки, отделяющей верхушку корня от слизистой оболочки ВЧП [3].

Цель

Проанализировать группу пациентов с диагнозом одонтогенный ВЧС, находившихся на обследовании и лечении в ЛОР-отделении и отделении ЧЛХ УГОКБ за 2014–2017 гг.

Материал и методы исследования

Проведен ретроспективный анализ 548 медицинских карт пациентов, находившихся на лечении в ЛОР-отделении и отделении ЧЛХ «УГОКБ» за 2014–2017 гг. с диагнозом ВЧС.

Результаты исследования и их обсуждение

Нами были обработаны медицинские карты 365 (67 %) пациентов ЛОР-отделения, 183 (33 %) пациентов отделения ЧЛХ. Диагноз острый ВЧС был установлен 213 (39 %) пациентам, из которых одонтогенная природа была установлена у 59 (28 %) пациентов. Из них — 23 (39 %) пациента ЛОР-отделения и 36 (61 %) пациентов отделения ЧЛХ. Диагноз хронический ВЧС — 335 (61 %) пациентов. Одонтогенная природа установлена у 210 (63 %) пациентов. Из них 65 (31 %) пациентов ЛОР-отделения и 145 (69 %) пациентов отделения ЧЛХ. Диагноз первично-хронический одонтогенный ВЧС — 19 (6 %) пациентов, среди которых 17 (89 %) пациентов ЛОР-отделения, 2 (11 %) — ЧЛХ. Мицетома — у 38 (11 %) пациентов.

Среди обследуемых 183 (63 %) пациентов женского пола, 105 (37 %) — мужского.

Возраст обследуемых представлен в таблице 1.

Таблица 1 — Возраст обследуемых

Острый верхнечелюстной синусит		Хронический верхнечелюстной синусит	
До 20 лет	5 (8 %)	До 20 лет	6 (3 %)
21–40	38 (64 %)	21–40	95 (42 %)
41–60	15 (25 %)	41–60	109 (47 %)
61 и старше	2 (3 %)	61 и старше	18 (8 %)

Причины, вызвавшие ВЧС распределены следующим образом: стоматологические (кариес, периодонтит, альвеолит) — 108 (38 %) человек, врожденные (ретенция и дистопия зубов) — 6 (2 %) человек, ятрогенные причины (неполное удаление зуба; инородные тела пазухи — пломбировочный материал, корень зуба, зубные импланты; синус-оральное сообщение после удаления зуба) — 174 (60 %) человека.

По результатам исследования среди пациентов с диагнозом острый одонтогенный синусит односторонний процесс диагностирован у 49 (83 %) человек, у 10 (17 %) — двусторонний. По количеству вовлеченных в патологический процесс пазух: моносинусит — у 38 (63 %) человек, гемисинусит — у 2 (3 %) человек, полисинусит — у 20 (34 %) человек. Среди пациентов с диагнозом хронический одонтогенный синусит односторонний процесс диагностирован у 203 (89 %) человек, у 25 (11 %) человек — двусторонний. По количеству вовлеченных в патологический процесс пазух: моносинусит — у 172 (75 %) человек, гемисинусит — у 13 (6 %) человек, полисинусит — у 43 (19 %) человека.

Микробиологическое исследование материала из ВЧП было проведено 116 пациентам. По результатам исследования у 79 (68 %) пациентов были выделены следующие возбудители

тели: бактерии рода *Staphylococcus*, *Peptococcus*, *Actinomyces* — у 45 (57 %) пациента; грибки рода *Aspergillus*, *Candida* — у 25 (32 %); смешанная биота — у 9 (11 %) пациентов.

Среди обследуемых пациентов 81 (28 %) была проведена консервативная терапия; 207 (72 %) было выполнено хирургическое лечение (резекция верхушки зуба, удаление зуба, верхнечелюстная синусотомия, радикальная операция с/без удаления инородного тела). Из 110 инородных тел встречались корни зубов — у 33, пломбировочный материал — у 39 пациентов.

По данным исхода лечения выписано с выздоровлением 20 (34 %) пациентов с острым ОВЧС, с улучшением — 39 (66 %); с хроническим ОВЧС — с улучшением 193 (85 %) пациента.

Выводы

1. В ЛОР-отделении и отделении ЧЛХ УГОКБ за 2014–2017 гг. находилось на лечении 59 пациентов с диагнозом острый ОВЧС, который чаще встречался в возрасте 21–40 лет; 210 пациентов — с хроническим ОВЧС, встречающимся чаще в возрасте 41–60; 19 — с первично-хроническим ОВЧС, который чаще встречался в возрасте 21–40 лет.

2. По нашим данным, ОВЧС встречается чаще у женщин (63 %), чем у мужчин (37 %).

3. Наиболее частыми причинами ОВЧС явились ятрогенные причины — в 60%, стоматологические — в 38 % случаев, врожденные — в 2 % случаев.

4. У пациентов с острым одонтогенным синуситом односторонняя форма поражения диагностировалась в 83 % случаев, из них моносинусит — в 63 %. С хроническим — 89 и 75 % соответственно.

5. По результатам микробиологического исследования материала из ВЧП была получена грибковая биота в 37 % случаев, бактериальная — в 52 %, смешанная — в 11 % случаев.

6. Хирургическое лечение проводилось 207 (72 %) пациентам. По данным исхода лечения пациентов с острым ОВЧС выписано с полным выздоровлением 20 (34 %) человек, с улучшением — 39 (66 %). Положительная динамика отмечена у 193 (85 %) пациентов с хроническим ОВЧС.

ЛИТЕРАТУРА

1. Пальчун, В. Т. Оториноларингология / В. Т. Пальчун, М. М. Магомедов, Л. А. Лучихин. — М.: Медицина, 2011. — 649 с.
2. Бернадский, Ю. И. Основы челюстно-лицевой хирургии и хирургической стоматологии / Ю. И. Бернадский. — М.: Медицинская литература, 2003. — 416 с.
3. Тимофеев, А. А. Руководство по челюстно-лицевой хирургии и хирургической стоматологии / А. А. Тимофеев. — Киев, 2002. — 1022 с.

УДК 618.146-006-007.17

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ ПРИ ДИСПЛАЗИИ ШЕЙКИ МАТКИ. ОПРЕДЕЛЕНИЕ ЗНАЧИМЫХ ФАКТОРОВ РИСКА

Кострова Е. В., Кухарев Д. Ю., Сверчинская А. А.

Научный руководитель: к.м.н., доцент В. М. Савицкая

Учреждение образования

«Белорусский государственный медицинский университет»

г. Минск, Республика Беларусь

Введение

Термин «дисплазия» объединяет группу эпителиальных поражений шейки матки. Он был предложен в 1953 г. J. W. Reagan. Согласно определению ВОЗ, дисплазией называется такой патологический процесс, при котором в толще покровного эпителия шейки матки появляются клетки с различной степенью атипии (нарушение дифференцировки клеток) с последующим изменением слоистости эпителия [1]. Выделяют легкую, умеренную и тяжелую дисплазию [2, 3]. Легкая степень дисплазии характеризуется сохранением нормального расположения поверхностного и промежуточного слоев. При умеренной степени дисплазии изменения захватывают больше половины толщи эпителиального пласта. В случаях выраженной (тяжелой) дисплазии изменения захватывают большую часть толщи эпители-