

экстракт алоэ. В 2005 г. для лечения использовался оксациллин, ампициллин, гентамицин и метронидазол, а иммуномодуляторы уже не применялись. Противогрибковая терапия проводилась 11 ($36,7 \pm 8,8$ %) женщинам группы А (нистатином) и 13 ($43,3 \pm 9,1$ %) женщинам группы Б (флуконазолом). Физиотерапевтическое лечение применялось с одинаковой частотой в 1990-х и 2000-х гг.

Хирургическое лечение заключалось в удалении маточных труб в связи с наличием пиосактосальпинкса у 3 ($10 \pm 5,5$ %) обследованных в 1995 г. и у 4 ($13,3 \pm 6,2$ %) человек в 2005 г.

Сроки госпитализации были несколько больше у пациенток группы А — 14 (7; 19) дней против 11 (7; 13) в группе Б, что может быть связано с эффективностью используемых антибактериальных препаратов.

Выводы

За проанализированный период (1995–2005 гг.) наметилась тенденция к снижению заболеваемости сальпингоофоритом после медицинского аборта.

Несмотря на большой стаж половой жизни у пациенток группы А, продолжительность заболевания была практически одинаковой в обеих группах.

Однако отсутствие беременности в анамнезе наблюдалось только среди женщин, пролеченных в середине 1990-х гг., что может быть связано с осложненным течением заболевания.

Клинические симптомы заболевания не отличались у обследованных обеих групп, а по УЗИ признаки спаечного процесса чаще выявлены у пациенток группы А.

За исследованный период наметалась тенденция к смене возбудителя, который высеивали из отделяемого половых путей женщин — вместо эпидермального стафилококка был выделен золотистый.

Кроме того, изменения претерпела и проводимое консервативное лечение — вместо пенициллинов 1 поколения использовалось 2–3 поколение и аминогликозиды, а также использование иммуностимуляторов было прекращено. Вероятно, изменения терапии способствовали уменьшению длительности пребывания в стационаре.

ЛИТЕРАТУРА

1. Brunham, R. C. Pelvic Inflammatory Disease / R. C. Brunham, S. L. Gottlieb, J. Paavonen // New England Journal of Medicine. — 2015. — Vol. 372. — P. 2039–2048.

УДК 616.216.1-002«2014/2018»

АНАЛИЗ ТЕЧЕНИЯ ОДОНТОГЕННОГО ВЕРХНЕЧЕЛЮСТНОГО СИНУСИТА ПО ДАННЫМ ОТДЕЛЕНИЙ ЛОР И ЧЛХ УГОКБ (2014–2018 гг.)

Костина Ю. М., Михальченко В. А.

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

К наиболее часто встречающейся патологии верхних дыхательных путей относятся воспалительные заболевания околоносовых пазух, чаще всего — верхнечелюстной. Неспособность своевременно выявить одонтогенную природу синусита, который отличается патофизиологией, микробиологией и лечением от других синуситов, может привести к неправильной тактике лечения, хронизации процесса и развитию опасных осложнений.

Цель

Проанализировать группу пациентов с диагнозом одонтогенный верхнечелюстной синусит (ВЧС), находившихся на обследовании и лечении в ЛОР-отделении и отделении ЧЛХ УГОКБ.

Материал и методы исследования

Проведен ретроспективный анализ 627 медицинских карт пациентов, находившихся на лечении в ЛОР-отделении и отделении ЧЛХ УГОКБ за период 2014–2018 гг. с диагнозом ВЧС.

Результаты исследования и их обсуждение

Были обработаны медицинские карты 418 (67 %) пациентов ЛОР-отделения, 209 (33 %) — отделения ЧЛХ. Диагноз острый ВЧС был установлен 246 (39 %) пациентам, из которых одонтогенная природа была установлена у 68 (28 %). Диагноз хронический ВЧС — 381 (61 %) пациентов. Одонтогенная природа установлена у 239 (63 %). Диагноз первично-хронический одонтогенный ВЧС — 19 (6 %) пациентов, среди которых 17 (89 %) пациентов ЛОР-отделения, 2 (11 %) — ЧЛХ. Среди обследуемых 205 (63 %) пациентов женского пола, 121 (37 %) — мужского.

Возраст обследуемых был представлен в таблице 1:

Таблица 1 — Возраст обследуемых и численность пациентов

Острый ВЧС		Хронический ВЧС	
До 20 лет	5 (8 %)	До 20 лет	7 (3 %)
21–40	44 (65 %)	21–40	100 (42 %)
41–60	16 (24 %)	41–60	113 (47 %)
61 и старше	2 (3 %)	61 и старше	19 (8 %)

Причины, вызвавшие ВЧС: стоматологические — 124 (38 %) человек, врожденные — 7 (2 %), ятрогенные причины — 195 (60 %) человека.

Среди пациентов с диагнозом острый одонтогенный синусит односторонний процесс диагностирован у 56 (82 %) человек, у 12 (18 %) — двусторонний. С хроническим — 213 (89 %) и 26 (11 %) человек соответственно. По количеству вовлеченных в патологический процесс пазух при остром процессе: моносинусит — у 43 (63 %) человек, гемисинусит — у 2 (3 %), полисинусит — у 23 (34 %). При хроническом — 180 (75 %), 14 (6 %) и 45 (19 %) соответственно.

Микробиологическое исследование материала из ВЧП было проведено 146 пациентам. У 99 (68 %) были выделены: бактерии — у 56 (57 %); грибы — у 32 (32 %); смешанная биота — у 11 (11 %).

91 (28 %) пациенту была проведена консервативная терапия; 235 (72 %) — хирургическое лечение. Из 140 инородных тел встречались корни зубов — у 43, пломбировочный материал — у 49 пациентов.

Выводы

1. В ЛОР-отделении и отделении ЧЛХ УГОКБ за период 2014–2018 гг. находилось на лечении 68 пациентов с диагнозом острый одонтогенный верхнечелюстной синусит (чаще встречался в возрасте 21–40 лет); 381 пациентов — с хроническим одонтогенным верхнечелюстным синуситом (чаще в возрасте 41–60 лет); 19 — с первично-хроническим одонтогенным верхнечелюстным синуситом (чаще в возрасте 21–40 лет).

2. По нашим данным, острый одонтогенный верхнечелюстной синусит встречается чаще у женщин (63 %), чем у мужчин (37 %).

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

4. При остром одонтогенном синусите односторонняя форма поражения — 82 % случаев, из них моносинусит — в 63 %. С хроническим — 89 и 75 % соответственно.

5. По результатам микробиологического исследования материала из ВЧП была получена бактериальная биота в 57 % случаев, грибковая — в 32 %, смешанная — в 11 % случаев.

6. Хирургическое лечение проводилось 235 (72 %) пациентам.

УДК 616.831.9-002.3-07:577

БИОМАРКЕР РАННЕЙ ДИАГНОСТИКИ ГНОЙНЫХ МЕНИНГОЭНЦЕФАЛИТОВ

Кубраков К. М.

**Учреждение образования
«Витебский государственный ордена
Дружбы народов медицинский университет»
г. Витебск, Республика Беларусь**

Введение

Менингоэнцефалиты (МЭ) остаются одними из распространенных воспалительных поражений нервной системы. Анализ цереброспинальной жидкости (ЦСЖ) позволяет быстро поставить диагноз.

Наибольшие диагностические трудности представляют пациенты с 2–3-значным нейтрофильным или смешанным плеоцитозом. В этой группе могут быть пациенты с бактериальными МЭ при сепсисе, абсцессах мозга, первичными бактериальными МЭ в ранние сроки болезни или пациенты, которым проводилась антибактериальная терапия, пациенты с туберкулезным МЭ, вирусным МЭ в ранние сроки, субарахноидальными кровоизлияниями, а также пострадавшие с тяжелой проникающей черепно-мозговой травмой и после плановых нейрохирургических операций с МЭ. Причем особую сложность представляет дифференциальная диагностика бактериальных и асептических МЭ, особенно в первые дни развития осложнения.

D-лактат является продуктом метаболизма микроорганизмов, которые выделяют его в окружающую среду обитания. В организме человека продукция D-лактата находится на очень низком уровне. Физические упражнения и кетоацидоз не приводят к повышению уровня D-лактата и не имеют диагностическое значение.

Значительное увеличение уровня D-лактата в биологических жидкостях говорит о бактериальной инфекции или об абсорбции из мест, контаминированных большим количеством бактериальных патогенов при патологических процессах.

Материал и методы исследования

Основная группа включала 51 пациента с вторичным гнойным МЭ, из них было 34 (66,67 %) мужчины и 17 (33,33 %) женщин, медиана возраста пациентов — 54 (44–62) года.

В нейрохирургическом отделении Витебской областной больницы находились 22 (68,75 %) пациента с ЧМТ, 2 (6,25 %) — с опухолями головного мозга, 7 (21,89 %) — с нетравматическими внутримозговыми кровоизлияниями и 1 (3,13 %) с гидроцефалией. Прооперированы были 27 человек — 84,37 %. У всех 32 пациентов был диагностирован нозокомиальный МЭ. В неврологическом отделении находились 19 пациентов с диагнозом «Вторичный гнойный МЭ».

Контрольная группа состояла из 56 пациентов с дегенеративно-дистрофическими заболеваниями позвоночника и 4 с гидроцефалией по полу и возрасту сопоставимая основной группе.

Выполнен общий, биохимический и бактериологический анализы ЦСЖ. Уровень D-лактата в ЦСЖ определяли тест-системой «D-Лактам» (ООО СИВитал, Беларусь) —