

образования. В частности, у пациентов с базовым и средним образованием жалобы на проблемы с памятью встречаются в 3,9 раза чаще ($p \leq 0,05$), чем у пациентов с высшим образованием. Коэффициент Юла (Q) равный 0,7 подтверждает тесную связь между уровнем образования и частотой жалоб на проблемы с памятью. Причем, особенно выражена эта связь у мужчин ($Q=1,0$). Кроме того, мужчины с высшим образованием существенно реже испытывают проблемы с памятью по сравнению с женщинами с высшим образованием, и, особенно, с женщинами с базовым и средним ($Q=1,0$). Гендерные различия в распространенности различных симптомов депрессии заключаются также в том, что чувство беспомощности (вопрос №8) чаще встречается у женщин, при этом уровень образования не оказывает влияния на характер этого различия.

Выводы.

Результаты настоящего исследования говорят об относительно высокой распространенности депрессии среди пожилых пациентов кардиологического стационара, что обосновывает необходимость использования инструментов скрининга депрессивных расстройств в комплексном обследовании таких пациентов. Полученные данные позволяют говорить о том, что высокий уровень образования повышает когнитивный ресурс coping депрессии. Кроме того, высокий уровень образования, ассоциирующийся с активной интеллектуальной деятельностью, является протективным фактором в плане риска развития мнестических нарушений.

ЛИТЕРАТУРА

1. Depression as a Clinical Determinant of Dependence and Low Quality of Life in Elderly Patients with Cardiovascular Disease. / G.H. de Paula Rodrigues [et al.] // Arq Bras Cardiol. 2015. Vol. 104, № 6. P. 443–449
2. The Relationship of Depression to Cardiovascular Disease. / L. Dominique [et al.] // Arch Gen Psychiatry. 1998. Vol. 55. P. 580–592
3. Use of the Geriatric Depression Scale in dementia of the Alzheimer's type. / W.J. Burke [et al.] // J Am Geriatr Soc. 1989. Vol. 37. P. 856–860.

РИНОСИНУСОГЕННЫЕ ВНУТРИОРБИТАЛЬНЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ У ДЕТЕЙ

Ракова С.Н., Алещик И.Ч., Логис О.В., Павочка Н.В.

УО «Гродненский государственный медицинский университет»

Актуальность. Воспалительные заболевания околоносовых пазух (ОНП) являются одной из наиболее распространенных патологий в детском возрасте. Это обусловлено возрастными анатомо-физиологическими особенностями и изменениями иммунологической реактивности детского организма, связанной с повсеместным необоснованным использованием антибактериальной терапии у детей с рождения, ранним посещением детей дошкольных учреждений, перенесенными инфекционными заболеваниями. Медицинская и социальная значимость синуситов состоит в том, что они приводят к тяжелым

внутриорбитальным и внутричерепным осложнениям.

Развитию внутриорбитальных осложнений способствуют анатомическая близость околоносовых пазух и глазницы, частое отсутствие костной стенки между решетчатым лабиринтом и орбитой и сосудисто-нервные связи. Наиболее частый путь инфицирования – контактный, гематогенный. Венозный отток из носа и передних околоносовых пазух происходит через угловую вену непосредственно в глазничную вену. Отсутствие клапана в глазничной вене способствует быстрому распространению бактерий в орбиту. Прямое распространение бактериальной флоры через костные стенки вдоль сосудов и нервных волокон наиболее частая причина орбитальных осложнений. Определенное значение в генезе орбитальных осложнений у детей имеет распространение инфекции из полости носа через носослезный канал.

Орбитальные осложнения подразделяются на негнойные и гнойные [1].

• Негнойные осложнения:

1. Реактивный отек век и клетчатки глазницы.
2. Неврит зрительного нерва.
3. Диффузное негнойное воспаление клетчатки глазницы и век.
4. Остеопериостит глазницы.

В отличие от гнойного процесса, клинические признаки заболевания непостоянны и скоропроходящи. Начатое лечение, улучшающее отток патологического содержимого из околоносовых пазух, быстро купирует симптомы орбитального осложнения.

• Гнойные осложнения:

1. Абсцесс век.
2. Субпериостальный абсцесс.
3. Тромбоз вен глазничной клетчатки.
4. Флегмона глазницы.
5. Ретробульбарный абсцесс.
6. Остеомиелит костей глазницы.

При всех гнойных осложнениях отмечается выраженная общая реакция организма, сильная головная боль, интоксикация, повышение температуры тела до фебрильных и гектических цифр. Также гнойные осложнения могут приводить к септическому состоянию организма, тромбозу кавернозного синуса, гнойному менингиту [2, 3].

Учитывая всё вышеперечисленное, можно отметить, что актуальность своевременной диагностики, лечения и реабилитации детей с внутриорбитальными риносинусогенными осложнениями очевидна.

Цель. Изучить частоту встречаемости и форму риносинусогенных внутриорбитальных осложнений у детей за 2015-2017 года, определить методы лечения и оценить их результаты.

Материалы и методы исследования. Нами была проанализирована отчетная документация гнойного оториноларингологического отделения для детей УЗ «Гродненская областная клиническая больница» за 2015-2017 года, проанализировано 791 медицинская карта стационарного пациента с диагнозом острый синусит из которых 32 пациента с внутриорбитальным

риносинусогенным осложнением.

Результаты. За период с 2015 по 2017 годы в детское ЛОР-отделение поступило 791 пациент с диагнозом острый синусит. Из них за 2015 год – 225 детей (10,3%), 2016 – 257 детей (12,5%), 2017 – 309 (13,8%).

С внутриорбитальными осложнениями за 2015-2017 годы выявлено 32 пациента. За 2015 год поступило 9 человек (4%), за 2016 год – 10 человек (3,8%), за 2017 год – 13 человек (4,2%). Из них 19 мальчиков (59,3%) и 13 девочек (40,7%). 8 пациентов прибыло из сельской местности (25%), 24 – городских (75%). Возрастная категория пациентов: до 1 года – 1 человек (3,13%), 1-2 года – 6 человек (18,75%), 3-4 года – 11 человек (34,38%), 5-6 лет – 6 человек (18,75%), 7-9 лет – 5 человек (15,63%), 10-12 лет – 1 человек (3,13%), 13-14 лет – 0, 15-17 лет – 2 человека (6,25%). Пациенты поступали в течение года: 11 человек в зимний период (34,38%), 6 – в весенний (18,75%), 8 – в летний (25%), 7 – в осенний (21,88%).

Основные жалобы, которые пациенты предъявляли при поступлении в стационар: отечность и покраснение век одного из глаз (100% случаев). Все дети были госпитализированы в день проявления реактивного отека век. Всем пациентам выполнялась рентгенография ОНП и МСКТ ОНП для уточнения распространенности процесса, определения метода лечения и объема оперативного вмешательства. Из анамнеза заболеваний было выявлено, что у большинства детей (22 человека – 68,75%) реактивный отек век появился через несколько дней от момента заболевания (до 1 недели), у 10 человек (31,25%) реактивный отек век проявился через неделю и более.

На головную боль пожаловалось 10 человек (31,25%), на повышение температуры тела – 15 (46,88%), на заложенность носа – 24 (75%), на выделения из носа – 22 (68,75%), на отклонение глаза в сторону – 2 человека (6,25%), на двоение в глазах – 1 человек (3,13%), на экзофтальм – 1 человек (3,13%).

В большинстве случаев имели место негнойные внутриорбитальные осложнения: реактивный отек век (27 пациентов – 84,38%), периостит глазницы (1 пациент – 3,13%), невралгия глазодвигательного нерва (1 пациент – 3,13%). Гнойные осложнения диагностированы у 1 пациента с флегмоной орбиты (3,13%), 1 пациент с ретробульбарным инфильтратом (3,13%) и 1 пациент с флегмоной орбиты и абсцессом верхнего века (3,13%).

В зависимости от характера воспалительного процесса в орбите, пациенты разделены на группы: 1 группа – негнойные осложнения и отсутствие патологического отделяемого в синусах, 2 группа – гнойные осложнения и патологическое отделяемое в синусах. К первой группе отнесены 14 пациентов (43,7%), которые получали комплексную консервативную терапию (промывание носа перемещением жидкости по Проитцу – 8 пациентов, аспирация из носа – 6 пациентов). 2 группа разбита на 2 подтипа: а) пациенты, которым выполнялась пункция в/челюстных пазух – 12 пациентов (37,5%), б) пациенты, которым выполнялось расширенное оперативное вмешательство на ОНП (фронтотомия, этмоидотомия, сфенотомия, гайморотомия). В неё попали оставшиеся 6 человек (18,75%), троим из которых выполнялась и

орбитотомия.

Всем пациентам проводилась системная антибактериальная терапия, анемизация слизистой оболочки носа для восстановления вентиляционной и дренажной функций ОНП, противовоспалительная терапия. Все дети были осмотрены офтальмологом.

Лечение проводилось полноценное, комплексное, с учетом тяжести пациента. Исходом заболевания всех пациентов было полное выздоровление. Средняя продолжительность нахождения в стационаре составила $8,7 \pm 1,9$ дней.

Выводы:

1. За исследуемый период количество детей, поступивших с риногенными орбитальными осложнениями остается стабильным по отношению к количеству больных, поступивших с острым риносинуситом и составляет в среднем 4%. Для выявления тенденции (снижения или роста) требуется более длительный срок наблюдения.

2. В большинстве случаев (90,6%) риногенные орбитальные осложнения негнойного характера.

3. Вовремя начатое адекватное лечение, направленное на санацию очага воспаления, ликвидацию отека в области естественных соустьев околоносовых пазух и налаживание дренажа позволяет быстро купировать симптомы внутриорбитальных осложнений и избежать перехода в гнойное осложнение орбиты.

4. Наличие гнойных риногенных орбитальных осложнений требует активного хирургического лечения по жизненным показаниям.

5. Результатом проведенного лечения у всех детей с риногенными орбитальными осложнениями было полное выздоровление.

ЛИТЕРАТУРА

1. Uchebno-metodicheskoe posobie «Rinogennye orbital'nye oslozhneniya» P.A. Zatoloka – Minsk: BGMU, 2008, – 15 s.

2. Deryugina, O. V. Orbital'nye i vnutricherepnye oslozhneniya vospalitel'-nyh zabolevanij nosa i okolonosovyh pazuh u vzroslyh i detej / O. V. Deryugina, F. I. Shumakov // М. : MONIKI, 2001. – 116 s.

3. Kuranov, N. I. Orbital'nye i vnutricherepnye oslozhneniya rinosinusita / N. I. Kuranov // Vestnik otorinolaringologii. 2001. – № 4. – S. 46–47.

ИММАНУИЛ КАНТ О ЗДОРОВЬЕ – СБЕРЕГАЮЩЕМ ОБРАЗОВАНИИ – В СИСТЕМЕ ОБРАЗОВАНИЯ

Романцов М. Г., Мельникова И. Ю.

ФГБОУ ВО «СЗГМУ им. И. И. Мечникова», Санкт-Петербург, Россия

Здоровье человека – это процесс сохранения и развития его психических и физиологических качеств, оптимальной работоспособности и социальной активности при максимальной продолжительности жизни. В Кенигсбергском