

Цель. Оценить динамику численности лиц, стоящих на диспансерном учете по хроническому среднему гнойному отиту за последние пять лет (2017-2021).

Методы исследования. Анализ производился на основании статистической таблицы в Microsoft Excel для учета пациента, стоящих на диспансерном учете по хроническому гнойному отиту.

Результаты и их обсуждения. Были проанализированы 16 районов Гродненской области за последние 5 лет. В 2017 году на учете по хроническому среднему отиту стояло 941 человек, в 2018- 965, 2019-980, 2020- 947, 2021-949. В Лидском районе стоит на учете наибольшее количество человек (в среднем 127). Также более 100 человек наблюдается в Сморгонском и Ошмянском районе. Наименьшее количество стоит в Вороновском и Свислочском (меньше 30). Для одних районов характерно снижение количество, стоящих на диспансерном учете, а для других рост. Наблюдается снижение в Берестовицком, Ивьевском, Ошмянском, Сморгонском, Щучинском. Рост численности в Волковыском, Вороновском, Дятловском, Зельвенском, Кореличском, Лидском, Мостовском, Новогрудском, Островецком, Свислочском, Слонимском,

Выводы.

С каждым годом наблюдается рост численности лиц с диагнозом хронический средний гнойный отит. По результатам данных наибольшее количество, стоящих на учете пациентов, было в 2019 году. На сегодняшний день сохраняется актуальность диспансеризации пациентов.

Литература

1. Хоров О. Г. Хирургическое лечение деструктивных средних отитов / О. Г. Хоров, В. Д. Меланьин // Гродно: ГрГМУ, 2001. – 150 с.
2. Гаров Е. В. Современные принципы лечения больных с хроническим гнойным средним отитом / Е. В. Гаров // Здоровье столицы : тез. докл. Московск. ассамблеи (г. Москва, 13-14 дек. 2007 г.). – М., 2007. – С. 137– 138.

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ КОЛЛАТЕРАЛЬНОЙ МИКРОЦИРКУЛЯЦИИ ЛИЦЕВОГО ОТДЕЛА ЧЕРЕПА НА ОСНОВАНИИ КЛИНИЧЕСКИХ СЛУЧАЕВ

Прецайло П. В., Иванова Д. Д., Махомет А. В.

Гродненский государственный медицинский университет

Актуальность. Травматические повреждения лицевого отдела черепа являются одними из самых сложных лицевых травм, что связано с анатомическими особенностями строения и топографии данной области. Также данный вид патологии представляет значительную угрозу для физического и психоэмоционального здоровья человека, его нахождения в социуме [1]. Частота повреждений структур лицевого отдела черепа увеличилась за

последнее десятилетие в несколько раз [2]. Травматические повреждения челюстно-лицевой области, как в Беларуси, так и в странах Европы и США, за последние годы имеют тенденцию к значительному увеличению [3]. Причиной этого является увеличением числа, бытовых и спортивных травм, ДТП, несчастных случаев на производстве. Данный вид травм может приводить к значительным функциональным и косметическим изменениям, а также к осложнениям, например, нарушение работы системы анализаторов, появление локальной неврологической симптоматики.

Цель. Продемонстрировать эффективность работы коллатеральной микроциркуляции сосудов лицевого отдела черепа на конкретном клиническом случае.

Метод исследования. Описание клинического случая.

Клинический случай №1. Пациентка переведена из центральной районной больницы в Гродненскую университетскую клинику с диагнозом: «Укушенная рана носа, травма в быту». Со слов пациентки за сутки до госпитализации в состоянии алкогольного опьянения была укушена собственной собакой. Состояние пациентки удовлетворительное, в области кончика носа, с переходом на крыло носа справа имеется укушенная рана с неоформленными, смазанными краями, разной глубины, частично покрытая первичной коркой, с обнаженной частью хряща в области спинки носа (рисунок 1).



Рисунок 1. – Внешний вид раны при первичном осмотре

Выполнено: под внутривенной анестезией произведена ПХО раны, края раны освежены до кровоточащих краев. Выполнено послойное сшивание с сопоставлением краев раны и сохранение анатомической структуры хряща [4] (рисунок 2).



Рисунок 2. – Внешний вид раны после операции

В удовлетворительном состоянии пациентка выписана на третьи сутки из стационара для долечивания на амбулаторном этапе (рисунок 3).



Рисунок 3. – Внешний вид раны на третьи сутки после операции

Внешний вид раны на десятые сутки после операции представлен на рисунке 4.



Рисунок 4. – Внешний вид раны на десятые сутки после операции

Швы сняты на двенадцатые сутки после операции. Внешний вид раны на пятнадцатые сутки после операции представлен на рисунке 5.



Рисунок 5. – Внешний вид раны на пятнадцатые сутки (швы удалены) после операции

Результаты и их обсуждение. Полное восстановление анатомической целостной структуры наружного носа с сохранением физиологических функций.

Клинический случай №2. Пациент доставлен в Гродненскую университетскую клинику бригадой СМП. В результате судорожного синдрома получена ушибленная рана левой ушной раковины. Общее состояние пациента удовлетворительное. В области левой ушной раковины имеется ушибленная рана, с четкими, ровными краями, с передней и задней поверхности раковины, в горизонтальном направлении, длиной около 6-7 см, фактически висящая на лоскуте завитка (рисунок 6).



Рисунок 6. – Внешний вид раны на момент поступления в Гродненскую университетскую клинику

Выполнено: под внутривенной анестезией произведена ПХО раны, послойное сшивание с сопоставлением краев раны и сохранение анатомической структуры хряща, а также фиксация остатков ушной раковины к лоскуту завитка [4] (рисунок 7).



Рисунок 7. – Внешний вид раны интраоперационно

На вторые сутки после операции пациент самовольно покинул профильное отделение (лечение судорожного синдрома проводилось в отделении неврологии другого учреждения здравоохранения), однако через месяц после операции явился в Гродненскую университетскую клинику для консультации оториноларинголога по поводу тогдашней травмы. Внешний вид на тридцать вторые сутки после операции представлен на рисунке 8.



Рисунок 8. – Внешний вид ушной раковины на тридцать вторые сутки после операции

Результаты и их обсуждение. Полное восстановление анатомической целостной структуры левой ушной раковины с сохранением физиологических функций.

Выводы. Микроциркуляция представляет собой очень сложную и жизненно-важную систему организма. Каждая микроциркуляторная среда в виде органа или ткани при всем многообразии морфологической структуры и разнообразных физиологических функциях содержит единство и неразрывность основных компонентов. Для практической работы врача важно понимание, что поражение (патология) одной из сред объединения сопровождается нарушением микроциркуляции во всех этих компонентах, которые

представляют собой особую систему организма – анатомическую целостность и физиологическую функцию, которые формируют, управляют, сохраняют и реализуют организм, как единое целое.

Литература

1. А. В. Шотт, В.Л. Казущик, А. Д. Карман. О сущности микроциркуляции. – Минск, 2016г.
2. В. В. Афанасьев, Г. Р. Бахтеева, А. С. Кузьмин. Хирургическая стоматология. – Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2010. – 255 с.
3. Ешиев А. М. Сущностные противоречия в природе трансплантологии. – Стерлитмак: АМИ, 2016. – 30-35с.
4. Я. Золтан. Операционная техника и условия оптимального заживления ран. – Издательство академии наук Венгрии, 1983. – 124-128с.

ПРОБЛЕМА ДИАГНОСТИКИ БОЛЕЗНИ БРАЙЦЕВА-ЛИХТЕНШТЕЙНА

Прецкайло П. В., Чухлей А. А.

Гродненский государственный медицинский университет

Актуальность. Болезнь Брайцева-Лихтенштейна – это патология, обусловленная нарушением развития остеогенной мезенхимы. Актуальность обусловлена трудностями в диагностировании фиброзной дисплазии, так как заболевание долгое время протекает латентно. В настоящее время нет единого подхода к лечению этой нозологии. Чаще всего развивается у лиц молодого возраста, преимущественно женщин. Составляет около 3% всех опухолей костей, а среди первичных опухолей и опухолеподобных образований челюстей – 7,5%. Малигнизация фиброзной дисплазии происходит в 0,4 – 1% случаев, чаще при локализации в области костей лицевого скелета.

Цель. Провести анализ клинического случая.

Метод исследования. Описание клинического случая

Результат. Пациент Э. (62 года) поступил с жалобами на боли и помутнение в правом глазу, ухудшение зрения. При поступлении общее состояние удовлетворительное. Наследственный анамнез не отягощён. VIS OD=неуверенная светопроекция, VIS OS=0.9 н/к. OD- смешанная инъекция глазного яблока, оригинал отёчна, мутная, парацентрально десметоцеле, гнойный инфильтрат в толще роговицы, занимающий зрачковую зону, сквозной дефект роговицы, прикрытый вставленной радужной оболочкой, глубжележащие среды не офтальмоскопируются. OS- кожа век чистая, слезотечения, слезостояния нет, конъюнктива бледно-розовая, склера белая, лимб контурирован, ПК средняя, радужная оболочка без изменений, хрусталик с начальными помутнениями. Диагноз при поступлении - кератит правого глаза.

Через неделю нахождения в стационаре пациенту года была проведена компьютерная томография лицевого черепа: уменьшена по площади правая