

желудочка, 12 – передней, 8 – передне-боковой, 8 – задне-боковой. Фоновыми заболеваниями в 30 случаях стала артериальная гипертензия, 9 – атеросклероз и 6 – их сочетание. Основным осложнением и причиной смерти пациентов явилась острая сердечно-сосудистая недостаточность. Из сопутствующей патологии чаще всего выявлены хроническая обструктивная болезнь легких – 4 (8,7%), сахарный диабет – 4 (8,7%).

Хроническая ревматическая болезнь сердца была диагностирована в 8 (1,49%) наблюдениях. В 3 случаях это были мужчины (75, 61 и 65 лет), в 5 – женщины (64, 72, 78, 75 и 64 года). Наблюдалось поражение аортального, митрального и трикуспидального клапанов. Причиной смерти явилась прогрессирующая хроническая сердечно-сосудистая недостаточность.

Кардиомиопатия была выявлена в 19 (3,53%) наблюдениях. Из них, в 14 – дилатационная, 1 – гипертрофическая, 4 – смешанной этиологии. В 15 случаях были мужчины, 4 – женщины, средний возраст которых 56,9 и 66,2. Из сопутствующей патологии чаще всего выявлены сахарный диабет – 2, хронический панкреатит – 2.

Врожденные пороки сердца были диагностированы в 2 (0,4%) случаях. А именно, дефект межпредсердной и межжелудочковой перегородки у женщины 67 лет, в прошлом ей была выполнена пластика. И, недостаточность аортального клапана у мужчины 52 лет, которому были выполнены протезирование аортального клапана и пластика восходящего отдела аорты.

Выводы. Согласно протоколам вскрытий, частота встречаемости наблюдений с патологией сердца по Гродненской области в 2017 году составила 30,9%. В 86,3% – это хроническая ишемическая болезнь сердца, приводящая к временной утрате трудоспособности и инвалидности, высоким показателям смертности.

ЛИТЕРАТУРА

1. Шуст, О. Г. Сердечная недостаточность. Ишемическая болезнь сердца (патофизиологические аспекты): учебно-метод. пособие / О. Г. Шуст, Ф. И. Висмонт. – Минск: БГМУ. – 2013. – 36 с.

ОДОНТОГЕННЫЙ ВЕРХНЕЧЕЛЮСТНОЙ СИНУСИТ

Скребец В. Ю.

Гродненский государственный медицинский университет

Научный руководитель: ст. препод. Гиль Т. И.

Актуальность. В настоящее время предметом внимания является проблема, связанная с воспалением верхнечелюстных пазух. Заболеваемость гайморитами увеличилось в 3 раза за последние десять лет, а из них 8-10%

составляет ОГ [1]. В последнее время наблюдается устойчивая тенденция к увеличению числа случаев возникновения одонтогенных гайморитов, особенно с их перфоративными формами. В лечении ОГ остается много нерешенных вопросов, и они до настоящего времени сохраняют свою актуальность [4,5].

Близость зубов к дну пазухи позволяет одонтогенным инфекциям проникать из полости рта в верхнечелюстную полость, нарушая слизистую оболочку [3]. Чаще всего одонтогенный гайморит поражает только одну полость слева или справа в зависимости от места расположения больных зубов [2].

Одонтогенный гайморит наиболее распространен среди 40-60-летних с небольшим преобладанием женщин (вероятность того, что она вызвана инфекцией зуба, составляет около 50%) [6].

Цель. Ретроспективный анализ причин одонтогенного верхнечелюстного синусита по данным отделения ЧЛХ ГУК. Период исследования июнь – декабрь 2022 года.

Методы исследования. Проанализировано 18 историй с одонтогенным верхнечелюстным синуситом отделения ЧЛХ ГУК в период с 01.06 по 12.12.2022 года.

Результаты и их обсуждение. Систематический обзор, изучающий этиологию одонтогенного синусита среди 18 пациентов, показал, что ятрогенная этиология составляет 8 случаев из 18, патология верхушечного периодонта составляет 6 случаев из 18, а краевой периодонтит составляет 4 случая из 18. Это исследование также продемонстрировало, что наиболее часто поражаемые зубы верхней челюсти, в порядке частоты, были первый моляр (35%), второй моляр (18%), третий моляр (12%) и второй премоляр (34%). Благодаря увеличению числа стоматологических и имплантационных вмешательств с поднятием дна верхнечелюстной пазухи увеличилось количество одонтогенных гайморитов на 4-21%. Пазухой, наиболее подверженной патогенной диссеминации, была решетчатая, в 11 случаях из 18, за которой следовали лобные ($n = 4$) и клиновидные пазухи ($n = 3$). В случаях двустороннего распространения ОГ у 6 из 18 пациентов (5,5%) наблюдалась изолированная верхнечелюстная контралатеральная диффузия, которая у 4 пациентов (7%) распространилась далее на решетчатые пазухи, у трех (0,6%) на клиновидную пазуху и еще у семи (1,5%) на лобную пазуху. Таким образом, мы можем проследить, что инфекция верхнечелюстных пазух распространяется от наиболее уязвимых решетчатых полостей на лобные и, наконец, клиновидные.

Выводы. Из 18 историй болезни ОГ на ятрогенные синуситы приходится 8 случаев, верхушечный периодонт 6 случаев, а на краевой периодонтит 4 случая. Для снижения вероятности возникновения ОГ рекомендовано следить за гигиеной полости рта и обращаться к стоматологу не только по мере необходимости, но и проходить плановые осмотры, а также применять современные методы исследования, которые снижают вероятность постановки неточного диагноза, не связанного с одонтогенным гайморитом.

ЛИТЕРАТУРА

1. Сайбене, А.М. Одонтогенный и риногенный хронический синусит: современное микробиологическое сравнение / А. М. Сайбене, С. Вассена, С. Пиполо // Int Forum Аллергический ринол. – 2016. – № 6. С. 41–45.
2. Шахбазян, М. Диагностическая ценность 2D и 3D визуализации при одонтогенном верхнечелюстном синусите: обзор литературы / М. Шахбазян, Р. Джейкобс // J Oral Rehabil. – 2012. – № 39. – С. 294–300.
3. Махеш, Л. Выживаемость имплантатов после процедуры непрямого подъема верхнечелюстной пазухи: двухлетнее продольное исследование / Л.Махеш, А. Агарвал, Дж. Гирадо // Современная практика. – 2019. – № 20. – С. 504–507.
4. Патель, Н.А. Одонтогенный синусит: древняя, но недооцененная причина верхнечелюстного синусита / Н.А.Патель, Б.Дж.Фергюсон // Curr Opin Otolaryngol Head Neck Surg. – 2012. – № 20. – С. 24-28.
5. Мехра, П. Заболевание верхнечелюстной пазухи одонтогенного происхождения / П. Мехра, Х. Мурад // Otolaryngol Clin North Am. – 2004. – № 37. – С. 347–364.
6. Кордеро, Г.Б. Одонтогенный синусит, оро-антральный свищ и хирургическое лечение с помощью жировой прокладки Биша: обзор литературы / Г. Б. Кордеро, С. М. Феррер, Л. Фернандес // Acta Otorrinolaringologica (английское издание). – 2016. – № 67. – С. 107–113.

ОСОБЕННОСТИ КЛИНИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ЖКБ У ДЕТЕЙ

Слиж Э. М., Рачковская Т. А.

Гродненский государственный медицинский университет

Научный руководитель: канд. мед. наук, доц. Шейбак В. М.

Актуальность. ЖКБ – это полиэтиологическое заболевание. Ранее ЖКБ была распространена среди взрослого населения, но в настоящее время получила достаточно большое распространение и среди детского населения. Это может быть связано с изменением образа жизни, привычек, а также в связи с изменением периодизации детского возраста.

Цель. Изучить особенности клиники и проанализировать результаты лечения.

Методы исследования. Изучены 46 медицинских карт стационарных пациентов за 2018 – 2022 годы, находившихся в УЗ «ГОДКБ».

Результаты и их обсуждение. 16 (35%) представители мужского пола и 30 (65%) женского. В возрасте от 1 до 3 лет – 3 (6.5%), от 7 до 11 – 4 (9%), от 12 до 18-39 (84.5%). Представителей городского населения 41 (89%) и сельского 5 (11%).

Поступили планово 14 (30.5%), экстренно 32 (69.5%). По направлению медицинских работников 35 (76.1%), обратились сами – 11 (23.9%).