Findings.

1. For the development of postoperative purulent sinusitis, risk factors were edema of the mucous membrane of the osteametal complex, narrowing of the natural fistula of the sinus with the nasal cavity.

2. The original pathology of the hooked process, limiting the natural fistula of the MS with the nasal cavity, is statistically significantly associated with the development of postoperative purulent sinusitis.

1. Gurin A.N. Sinus lifting using synthetic osteoplastic material Tricaphor / A.N. Gurin, V.S. Komlev, A.Yu. Fedotov, P.B. Kopnin, L.A. Grigoryants // Dentist practitioner. -2015.-N1.-P.16-21.
2. Sipkin A.A. Treatment and rehabilitation of patients with odontogenic sinusitis and oroantralnaya soustem. / A.A. Sipkin, V.A. Nikitin, V.A. Stuchilov, D.A. Nikitin // VI International Conference of Oral and Maxillofacial Surgeons and Dentists. -Spb. -2001. -P. 38-40.
3. Piskunov S.Z. The clinical significance of certain abnormalities of the nasal cavity and paranasal sinuses. / S.Z. Piskunov, V.S. Kharchenko, G.Z. Piskunov. // Ros.rhinology. -2000 - № 4. -P. 8-10.
4. Piskunov S. Z. According to the pages of EPOS / S.Z. Piskunov, I.L. Lazarevich, O.A. Alekseevskaya // Ros. rhinology. - 2008 - N2. - P. 65–79.

Касимовская Н.А., Шатова Е.А.

Поиск кадрового потенциала челюстно-лицевых отделений в решении проблем пациентов с врожденной расщелиной губы и неба и их семей на этапе реабилитации и ухода

Федеральное государственное автономное образовательное учреждение высшего образования Первый Московский государственный медицинский университет имени И.М. Сеченова Министерства здравоохранения Российской Федерации (Россия, Москва)

doi:10.18411/spc-15-11-2018-02

idsp: 000001:spc-15-11-2018-02

Врожденные пороки развития можно определить как структурные или функциональные отклонения от нормы (например, метаболические расстройства), которые проявляются в период внутриутробного развития и могут быть выявлены до рождения, во время рождения или на более поздних этапах жизни, такое определение врожденным порокам развития дает ВОЗ [17].

В структуре врожденных пороков развития (ВПР) плода ведущее место занимают аномалии сердечно - сосудистой системы (50,8%), на втором – ВПР МПС (13,8%), на третьем – ВПР ОДА пороки костно - мышечной системы (11,5%), на четвертом – МВПР (6,0%), на пятом – ВПР центральной нервной системы (5,76%), на шестом – расщелины губы и неба (4,12%) (Игнатьева О.В., 2013 г.).

В структуре хирургических заболеваний челюстно – лицевой области (ЧЛО) у детей значительную группу составляют врожденные пороки развития. Среди всех видов пороков развития ЧЛО частота рождения детей с расщелиной верхней губы и неба самая высокая и колеблется в различных регионах РФ от 1:500 до 1:1000 новорожденных. По данным ВОЗ, средняя частота этой аномалии в мире составляет 1:700 новорожденных (С.В. Дьякова, 2009).

Занимая 4-7 место в структуре врожденных аномалий, расщелины неба находятся на одном из первых мест по значимости анатомических и функциональных нарушений (Рубцова Н.В., 2006 г.).

Проведенный анализ частоты врожденных пороков развития (ВПР) у детей Чувашской Республики за последние 22 года в 1991 – 2011 гг. свидетельствует о том,

что она составила от 1,75% до 4,77% и по годам прослеживается неуклонный рост частоты врожденных пороков развития (Игнатьева О.В., 2013 г.).

В Волгограде и Волгоградской области частота врожденной расщелины верхней губы и неба составляет 1,5 на 1000 новорожденных с тенденцией к увеличению (Фоменко И.В., Филимонова Е.В., Касаткина А.Л., 2007 г.).

По данным научной работы Варфоломеевой Л.Г., прогнозируемый рост числа рождения детей в Тульской области с врожденными аномалиями челюстно-лицевой области связан с условиями проживания родителей в зоне с повышенным уровнем радиации на ее территории после аварии на ЧАЭС. Так с 1993 по 2001 гг., их число возросло с 0,853 до 1,166 на 1000 живорожденных. Большинство детей с ВРГН рождается в теплое весеннее (1,5‰) и осеннее (1,3 ‰) время года. Летом (0,8 ‰) и зимой (1 ‰), дети с ВРГН рождаются реже.

Ряд исследователей отмечает рост числа врожденных аномалий в России после аварии на Чернобыльской атомной электростанции 1986 года (Минков И.П., 1990; Вертай В.В., 1991; Корнеев Ю., 1992; Ваганов Н.Н., 1994) (Варфоломеева Л.Г., 2003 г.).

Распространённость врождённой расщелины губы и нёба в Липецкой области составила 1:566 в 2000 году и 1:800 в 2003 году. Частота рождений больных с врождённой расщелиной губы и нёба выше в районах области, чем в г. Липецке. 44% детей с врождённой расщелиной губы и нёба являются сельскими жителями, 25% - жителями районных центров. За период с 1994 по 2004 год в области родилось 90 детей с врождённой расщелиной губы и нёба, из них 23% составили дети с врождённой расщелиной губы; 33% - с врождённой односторонней расщелиной губы и нёба; 10% - с врождённой двусторонней расщелиной губы и нёба; 33% - дети с врождённой расщелиной нёба (Сутулов В.В., 2006 г.).

По данным Управления Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека по Курской области, среди причин детской инвалидности в 2012г., как и в 2011г., на первом месте находятся психические расстройства и расстройства поведения, на долю которых приходится 28,7% инвалидности, на втором – болезни нервной системы (25% инвалидности), замыкают тройку врожденные аномалии (пороки развития), чей показатель в структуре причин детской инвалидности составляет 17,9% [15].

В структуре Общей заболеваемости населения Курской области в 2012-2014 гг. (на 1000 населения) врождённые аномалии (пороки развития), деформации и хромосомные нарушения составили 6,33 в 2014 году [5].

По данным проведенного исследования Демиковой Н.С., Лапиной А.С., Подольной М.А., Кобринского Б.А., самыми частыми пороками развития (на 1000 рождений) как по нашим данным, так и по данным EUROCAT, являются гипоспадия (1,21 и 1,53 соответственно), синдром Дауна (1,13 и 0,98), расщелины губы/неба (0,67 и 0,81).

Врожденная расщелина верхней губы и неба (ВРГН) является наиболее часто встречающимся пороком развития человека (Фоменко И.В., Филимонова Е.В., Касаткина А.Л., Краевская Н.С., 2016 г.).

Согласно Приказа Министерства труда и социальной защиты РФ от 17 декабря 2015 г. N 1024н "О классификациях и критериях, используемых при осуществлении медико-социальной экспертизы граждан федеральными государственными учреждениями медико-социальной экспертизы", данная патология является одним из критериев для установления групп инвалидности.

Проблема лечения ВРГН остается актуальным вопросом устранения данной патологии детского возраста. Она требует специализированной комплексной медицинской помощи, включая усилия специалистов различного профиля (неонатолога, педиатра, логопеда, оториноларинголога, ортодонта, хирурга, педагога, психолога, психиатра, сурдолога, реабилитолога и др.), задачей которых является

комплексная реабилитация пациентов в условиях специализированного центра (Варфоломеева Л.Г., 2003).

Основным способом лечения детей с данной патологией является хирургическое устранение дефекта неба. Несмотря на многочисленные исследования, оптимальные сроки лечения больных с врожденной расщелиной губы и неба до сих пор не определены (Фоменко И.В., Филимонова Е.В., Касаткина А.Л., Краевская Н.С., 2016 г.).

Поэтапное ортодонтическое лечение детей с врожденной расщелиной верхней губы и неба можно представить в виде четырех этапов:

- 1 этап – родильный дом;
- 2 этап – детская стоматологическая поликлиника, ортодонтическое лечение;
- 3 этап – стационар;
- 4 этап – постгоспитальный период.

На всех 4 этапах родители сталкиваются с рядом проблем. Недуг ребенка становится для семьи первоочередной проблемой, которую самостоятельно ни одна семья решить не может. Проведенные исследования показывают, что в течение 6 месяцев после рождения ребенка с пороком – 78% семей находятся в состоянии депрессии, 12% – в состоянии психо-эмоционального стресса. Приоритетна роль семьи в лечении и реабилитации ребенка, но семья нуждается в помощи и со стороны врачей, и со стороны государства и общества (Фоменко И.В., Филимонова Е.В., Касаткина А.Л., 2007 г.), роль медицинских сестер в работе с семьей таких пациентов не изучалась.

Согласно Приказа Министерства здравоохранения РФ от 13 ноября 2012 г. № 910н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи детям со стоматологическими заболеваниями» (С изменениями и дополнениями от: 17 июля 2013 г., 19 августа 2014 г., 3 августа 2015 г., 28 сентября 2016 г.), медицинская помощь детям оказывается в виде: первичной медико-санитарной помощи, скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи, специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи, медицинская помощь детям может оказываться в следующих условиях: амбулаторно, в дневном стационаре, стационарно.

Ребенок с пороками развития челюстно-лицевой области требует особого ухода, как со стороны медицинского персонала, так и со стороны родителей. Общение с пациентом-ребенком требует особых знаний и опыта. Необходимо учитывать физиологические и психологические особенности детей, их интересы, особенности реагирования на болезнь. Как только родители замечают, что ребенок охотно идет к медицинской сестре, они начинают относиться к ней с большим доверием.

Трудности с кормлением ребенка с данной патологией возникают с первых часов его жизни. В случаях, когда грудное вскармливание осуществить невозможно, обучает медицинский персонал мать ребенка кормлению с соски или ложечки (соска должна быть длинной, чтобы закрыть дефект и создать лучшие условия для акта сосания, в ней должно быть несколько отверстий, наиболее адаптированными являются соски фирмы NUK) (Андреева О.В., 2012 г.).

Несмотря на достижения современной медицины в вопросе комплексного лечения детей с врожденной патологией лица, у пациентов данной категории сохраняется риск возникновения эмоциональных и поведенческих нарушений, трудностей в обучении и адаптации. Центральным изменением в подростковом возрасте является развитие самосознания и его важнейшей стороны — самооценки.

Семья, с появлением ребенка с врожденной расщелиной губы и неба, сталкивается с рядом проблем не только физиологических, но и психологических. Эти проблемы с каждым годом становятся многочисленнее, и постепенно с ними сталкиваются не только родители, но и сам ребенок, также они существенно влияют на качество жизни такого ребенка. На всех этапах лечения и реабилитации с пациентом –

ребенком с врожденной расщелиной губы и неба работают врачи хирурги – стоматологи и узкие специалисты, это подтверждают многочисленные исследования.

С самого рождения и на протяжении лечения и комплексной реабилитации большую часть времени с родителями и ребенком проводит медицинская сестра. В детской стоматологической поликлинике или специализированном центре медицинская сестра принимает участие в диспансерном наблюдении: вызванивает и приглашает на прием к врачу, заполняет необходимую документацию, обучает родителей навыкам и особенностям ухода за ребенком, объясняет правила подготовки к лечебно – диагностическим исследованиям.

В стационаре медицинская сестра для матери является методическим консультантом по особенностям ухода за ребенком с врожденной расщелиной губы и неба, чаще всего родители с интересующими их вопросами сначала обращаются за помощью именно к среднему медицинскому персоналу, в том числе и по проведению кормления, адаптации к детскому саду и школе, ухода за ротовой полостью и ортодонтической защитной пластинкой и по другим вопросам. Но профессиональная деятельность медицинских сестер детских челюстно - лицевых отделений не изучалась, пути совершенствования работы с семьей при врожденной расщелине губы и неба, профилактики до сих пор не изучались.

Таким образом, врожденная расщелина губы и неба является проблемой для ребенка и семьи, в том числе при нахождении на лечении в детских отделениях челюстно-лицевой патологии, но если деятельность врачебного персонала отделений исследовалась, то потенциал и совершенствование профессиональной деятельности медицинских сестер работающих с пациентами и их семьей в данных отделениях до сих пор не изучена и требует научного исследования.

1. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 13 ноября 2012 г. № 910н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи детям со стоматологическими заболеваниями».
2. Приказ Министерства труда и социальной защиты РФ от 17 декабря 2015 г. N 1024н "О классификациях и критериях, используемых при осуществлении медико-социальной экспертизы граждан федеральными государственными учреждениями медико-социальной экспертизы"
3. Андреева О.В. Поэтапная реабилитация детей с врожденной расщелиной верхней губы и неба//Вестник Чувашского университета. – 2012. - № 3. – С. 269-275.
4. Демикова Н.С., Лапина А.С., Подольная М.А., Кобринский Б.А. Динамика частоты врожденных пороков развития в РФ (по данным федеральной базы мониторинга ВПР за 2006 – 2012 гг.) Российский Вестник перинатологии и педиатрии, 2, 2015 г.
5. «ГОСУДАРСТВЕННАЯ ПРОГРАММА «Развитие здравоохранения в Курской области» Паспорт государственной программы Курской области «Развитие здравоохранения в Курской области», 2016 г.
6. Варфоломеева Л.Г. Организация специализированной помощи детям с врожденной челюстно-лицевой патологией в Тульском регионе с учетом экологической обстановки. Научная работа. Москва, 2003 г.
7. Игнатьева О.В. Врожденные расщелины верхней губы и неба у детей в Чувашской республике. Электронный научный журнал «Современные проблемы науки и образования». – 2013. - № 3.
8. Рубцова Н.В. Сравнительная оценка результатов хирургического лечения детей с врожденными односторонними сквозными расщелинами неба. Научная работа. Москва, 2006 г.
9. Спевак Е.А. Сестринский уход за детьми с врожденной челюстно-лицевой патологией. Медицинская сестра, № 2, 2012 г.
10. Стоматология детская. Хирургия / Под ред. С.В. Дьяковой. - М.: ОАО «Издательство « Медицина». – 2009. – 384 с.: ил.- ISBN 5 – 225 – 03431 - 4
11. Сутулов В.В. Оказание специализированной помощи детям с врожденной расщелиной губы и неба в современных условиях развития здравоохранения (на примере Липецкой обл.) Научная работа. Тверь, 2006 г.
12. Фоменко И.В., Филимонова Е.В., Касаткина А.Л. Программа реабилитации детей с врожденной патологией челюстно-лицевой области. Информационно – методическое письмо. Волгоград, 2007.

13. Фоменко И.В., Филимонова Е.В., Касаткина А.Л., Краевская Н.С. Анализ результатов комплексного лечения детей с врожденной односторонней расщелиной верхней губы и неба в зависимости от метода пластики дефекта неба. Клиническая стоматология, 1 /77/ январь – март
14. Фоменко И.В., Краевская Н.С., Вологина М.В., Касаткина А.Л. Особенности психологического состояния и самооценки детей с врожденной односторонней расщелиной верхней губы и неба. Вестник ВолгГМУ Выпуск 1 (57), 2016 г.
15. Электронный ресурс удаленного доступа: <http://46.rosпотребнадзор.ru/content/invalidnost-detey-i-podrostkov-kurskoj-oblasti-profilaktika-nevroticheskikh-rasstroystv> (Дата обращения: 26.09.2018 г.)
16. Электронный ресурс удаленного доступа: https://medaboutme.ru/mat-i-ditya/publikacii/stati/detskie_bolezni/chelyustno_litsevyje_patologii_u_detey_prichiny_lechenie_reabilitatsiya/ (Дата обращения: 26.09.2018 г.)
17. Электронный ресурс удаленного доступа: <http://www.who.int/ru/news-room/fact-sheets/detail/congenital-anomalies> (Дата обращения: 26.09.2018 г.)

Кириллина М.П., Иванова А.К.

Воспалительные заболевания шейки матки у женщин разных возрастных групп на примере Республики Саха (Якутия)

«Якутский научный центр комплексных медицинских проблем»

Клиника МИ СВФУ

(Россия, Якутск)

doi:10.18411/spc-15-11-2018-03

idsp: 000001:spc-15-11-2018-03

Аннотация

Проведен цитологический анализ воспалительных заболеваний шейки матки у женщин в возрасте от 18 до 88 лет. Результаты анализа показали преобладание воспалительных заболеваний передающихся половым путем у женщин в возрасте от 18-29 лет и 30-44 лет.

Ключевые слова: онкоцитология, диагностика, воспаление.

Abstract

Cytological analysis of cervix inflammatory diseases was conducted on women aged 18 to 88. The results of the analysis showed a high incidence of disease in the age groups 18-29 and 33-44.

Key words: oncocytology, diagnostics, inflammation.

Актуальность. Проблема воспалительных заболеваний органов малого таза у женщин на протяжении последних десятилетий продолжает оставаться одной из самых важных в медицине. [5,6,10,11,13,15].

Основным пусковым моментом развития острых воспалительных заболеваний является инвазия микроорганизмов. Шейка матки представляет собой важный защитный барьер на пути распространения бактерий во внутренние половые органы. Практически все микроорганизмы, присутствующие во влагалище, за исключением лакто и бифидобактерий, могут принимать участие в развитии воспалительного процесса [3]. Однако в большинстве случаев причиной ВЗОМТ являются инфекции, передающиеся половым путем [7,12]. Важную роль в патогенезе воспалительных процессов женских половых органов играет иммунная система. Процессы воспаления и иммунитета очень тесно связаны, а в настоящее время воспалительная и иммунная реакции рассматривают как единое целое [9]. Следует учитывать, что в начале патологического процесса лишь один инфекционный агент инициирует