

Основными показаниями к проведению этого исследования являются болевой абдоминальный синдром, диспепсический синдром, гепато- и спленомегалия, выявленные при физикальном осмотре, желтуха, асцит, изменения биохимических и серологических показателей, ассоциированных с заболеваниями печени и желчевыводящей системы, подозрение на наличие злокачественных новообразований и желчекаменной болезни.

Вместе с тем нередко при ультразвуковом обследовании выявляются различные изменения желчевыводящей системы без каких либо жалоб с нормальными показателями лабораторных исследований.

С помощью ультразвукового диагностического прибора "ACCUVIX V20" проводилось исследование желчного пузыря и желчевыводящих путей у пациентов с соответствующими показаниями к обследованию и у лиц, их не имеющих в течение 8 месяцев 2011 г. Обследуемый контингент составили аттестованные сотрудники МВД.

При ультразвуковом исследовании желчевыводящей системы оценивались:

1. Размеры желчного пузыря;
2. Форма желчного пузыря;
3. Толщина стенок желчного пузыря;
4. Плотность стенок желчного пузыря;
6. Наличие образований в полости желчного пузыря;
7. Диаметр общего желчного протока;
9. Толщина стенок общего желчного протока;
10. Наличие расширения внутрипеченочных желчных протоков.

Полученные результаты отражены в таблице 1.

Таблица 1

Результаты ультразвукового обследования желчного пузыря и желчевыводящих протоков

Орган	Данные ультразвукового исследования	Всего выявлено (кол-во)	В том числе без каких-либо жалоб и изменений данных лабораторных исследований	
			Кол-во	% от общего кол-ва выявленных
Желчевыводящая система	Конкременты	194	20	10,3
	Полипы	89	55	61,8

Необходимо отметить, что УЗИ позволяет не только получить детальные данные о структурных поражениях органов, но и проследить динамику выявленных изменений посредством повторных исследований на фоне проводимой в необходимых случаях медикаментозной терапии. С помощью эхографии также возможно оценить тенденцию развития хронических заболеваний в течение длительных периодов наблюдения сотрудников МВД.

Отсутствие лучевой нагрузки позволяет проводить контрольные исследования настолько часто, насколько того требует конкретная клиническая ситуация.

Полученные данные говорят о том, что в системе профилактики и ранней диагностики заболеваний желчного пузыря и желчевыводящих протоков ультразвуковое исследование является в настоящее время незаменимым при выявлении многих, в том числе и бессимптомных патологических изменений. Эхографические диагностические находки часто играют определяющую роль в тактике дальнейшего лечения таких пациентов, своевременность и адекватность которого служит залогом благоприятного исхода.

ВЫВОДЫ

1. УЗИ занимает центральное место среди диагностических методик при обследовании желчного пузыря и желчевыводящих протоков в системе мониторинга здоровья сотрудников МВД.

2. Установлена особая роль эхографического метода исследования в выявлении бессимптомных заболеваний желчевыводящей системы.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Илясова Е.Б., Чехонацкая М.Л., Приезжева В.Н. Лучевая диагностика, 2009 г. - с. 189-203;
2. Ивашкин В.Т. Болезни печени и желчевыводящих путей, 2009 г., издательство М-Вести – с. 123-150;
3. Cann R.P. Gall bladder and biliary tree // Diagnostic Medical Sonography. - V.3. Abdomen / ed. by Kawamura D. M. - Philadelphia: J. B. Lippincott Co., 1992. - P. 151-198.

0039. ОДОНТОГЕННЫЕ ГАЙМОРИТЫ

М.Е. Федорова
ФКУЗ МСЧ МВД России
по Республике Татарстан

Реферат. Одонтогенный гайморит является осложнением несанированных зубов. Приводит к тяжелым осложнениям при несвоевременном лечении.

Ключевые слова: одонтогенный гайморит, альвеолярный край.

В зависимости от этиологии и патогенеза гайморитов различают: риногенные, гематогенные, травматические и одонтогенные пути инфицирования верхнечелюстной пазухи. Переход воспаления со слизистой оболочки носа наблюдается при остром насморке, гриппе. Гематогенный гайморит возможен при тифах, пневмонии, дифтерии, скарлатине и других общих инфекциях. Травматический гайморит возникает при огнестрельных и других повреждениях верхнечелюстной пазухи, иногда в результате нарушения целостности пазухи при удалении зуба. Возникновение одонтогенного гайморита связано с распространением инфекции со стороны больных зубов, чему способствуют анатомические особенности в виде близкого прилегания дна гайморовой пазухи к верхушкам корней зубов. В норме гайморова пазуха

расположена над луночками второго премоляра и первого и второго моляра. При расширении её сзади захватывается надлуночковая область третьего моляра (зуб мудрости), а спереди – область первого премоляра и реже клыка. Расположенные в альвеолярном отростке корни зубов отделены от дна гайморовой пазухи костной перегородкой неодинаковой толщины у разных лиц; у одних она массивна, у других настолько тонка, что рельефы верхушек корней вдаются в полость, а иногда верхушки корней покрыты лишь надкостницей и непосредственно слизистой оболочкой полости. Такая интимная связь зубов с гайморовой пазухой делает понятным возникновение одонтогенного гайморита как осложнения в результате заболевания периапикальных участков зубов.

Особенно наглядно выступает роль одонтогенной инфекции, когда гранулирующий периодонтит или гранулема, разрушив костную перегородку между дном гайморовой пазухи и околоверхушечным пространством, вовлекает в процесс прилегающую к зубным ячейкам слизистую оболочку пазухи. В случае присоединения к этому риногенной инфекции процесс обостряется и принимает разлитой характер. Возможно распространение инфекции и через систему венозного сплетения, связывающего ткани альвеолярного отростка пародонта со слизистой оболочкой гайморовой пазухи.

В части случаев гайморит вызывает нагноившаяся околокорневая киста верхней челюсти, а также остеомиелит альвеолярного отростка и тела верхней челюсти. Указанными выше анатомотопографическими данными объясняются случаи возникновения свищей гайморовой пазухи, сообщающихся с полостью рта через лунку удаленного зуба. Незаживление при этом лунки обычно связано с наличием хронического процесса.

При одонтогенном гайморите основной упор делают на устранение причинного очага:

- 1.) удаление инфицированного зуба, вызвавшего воспаление гайморовой пазухи.
- 2.) промывание гайморовой пазухи раствором антисептиков;
- 3.) общее лечение: системная антибактериальная терапия.

В практике лечения одонтогенных гайморитов в системе клинического госпиталя МСЧ МВД РФ по РТ такие больные, как правило, попадают от отоларинголога поликлиники МВД в хирургическое отделение госпиталя для стационарного лечения. Лечение проводит ЛОР – врач совместно со стоматологом.

Таких больных за 2010 год в процентном отношении от всех больных с заболеваниями верхнечелюстной пазухи другой этиологии составляет около 3%.

По группам чаще всего болеют:

1	Патрульно-постовая служба	37%
2	Военнослужащие срочной службы	28%

3	Дорожно-патрульная служба	20%
4	Прочие	15%

Из принадлежностей к полу чаще болеют мужчины молодого возраста от 20 до 35 лет. В процентном отношении мужчины 80%, женщины 20%.

Выводы: своевременная санация полости рта, профилактические осмотры, диспансеризация, санация одонтогенных очагов, исключение переохлаждения поможет избежать такого заболевания как одонтогенный гайморит.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1 Ю.И. Бернадский, Н.И. Заславский «Одонтогенные гаймориты»1968г. с. 4-17;

0040. ПСИХОФИЗИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ СОТРУДНИКОВ ОВД В ЭКСТРЕМАЛЬНЫХ СИТУАЦИЯХ.

З.В. Фомина

Центр психофизиологической диагностики МСЧ МВД по Республике Мордовия

Служба в органах внутренних дел во всем мире традиционно относится к профессиональным видам деятельности, сопровождающимся высоким уровнем эмоционально-стрессовых нагрузок. В России с начала прошлого века интенсивность этих нагрузок в ОВД, особенно среди участников событий в Северо-Кавказском регионе, достигла предельных значений. Этому способствовало появление функций по выполнению несвойственных ранее правоохранительным органам *служебно-боевых* задач.

Анализ медицинских, психологических и социальных последствий показал, что уровень первичной заболеваемости психическими расстройствами и расстройствами поведения обусловлен психогенными воздействиями экстремальных факторов на сотрудников при выполнении оперативно-боевых задач в СКР. Были выявлены закономерности, обусловленные частотой (кратностью) и продолжительностью пребывания в СКР. Пропорционально числу выездов и длительности командировок в СКР растет заболеваемость среди сотрудников ОВД, число разводов их семей, а также число увольнений из ОВД.

Очевидно, что такие статистические данные доказывают необходимость разработки эффективных мероприятий по снижению отрицательных последствий выполнения оперативно-служебных задач в особых условиях. В связи с этим в МВД России подготовлена «Комплексная программа медико-психологического обеспечения сотрудников ОВД, выполняющих задачи на территории СКР», утвержденная Приказом МВД России №273 от 30.04.04 г.

Медико-психологическое обеспечение – это комплекс научно-методических, организационных и практических мероприятий, направленных на повышение профессионально-психологической устойчивости личного состава ОВД к кризисным и