

Міністерство освіти та науки, молоді та спорту України
Міністерство охорони здоров'я
Сумський державний університет
Медичний інституту



АКТУАЛЬНІ ПИТАННЯ ТЕОРЕТИЧНОЇ ТА ПРАКТИЧНОЇ МЕДИЦИНИ

Topical Issues of Clinical and Theoretical
Medicine

Збірник тез доповідей
III Міжнародної науково-практичної конференції
Студентів та молодих вчених
(Суми, 23-24 квітня 2015 року)

Суми
Сумський державний університет
2015

Проаналізовані найближчі і віддалені результати оперативного лікування цих хворих. У 20 з них до операції відзначався виражений синдром інтоксикації, симптоми якого значно зменшувалися у процесі підготовки до оперативного втручання за рахунок пневмоперитонеуму, що продовжували перші дні після операції. У хворих з кровохарканням і кровотечею припинялося виділення крові. Усім хворим після операції проводилася тривала антибактеріальна терапія за індивідуальними схемами з огляду на чутливість до медикаментів. Пневмоперитонеум підтримувався після втручання до 2-4 місяців.

Віддалені результати вивчені у терміни від 1-го до 3-х років після операцій. Рубцювання каверн, розсмоктування інфільтративних змін відмічено у 57 (74,8%) хворих до виписки із стаціонару. Зменшення каверн з витонченням їх стінок і усунення бактеріовиділення зазначено у 29 (27,9%) випадках. Туберкульозний процес зберіг активність після операції у 18 (17,3%) хворих.

Таким чином, торакопластика залишається високоефективним методом лікування хворих на ХРТ легень. Своєчасно виконана торакопластика є потужним і перевіреним лікувальним заходом у терапії тяжких форм сучасного туберкульозу легень, ускладненого хіміорезистентним перебігом. Зауважимо, що 75-80% хворих на ХРТ легень, приречених протягом найближчих 2-3 років на вірну смерть, може повернутися завдяки торакопластиці як мінімум до життя. Стосовно праці – необхідно провести відповідні дослідження.

ЧАСТОТА ВИЯВЛЕННЯ КАРІОЗНИХ ПОРОЖНИН І КЛАСУ ЗА БЛЕКОМ РІЗНИМИ СПОСОБАМИ

Кузів О.П., Кононенко А.Ю., студенти групи СМ-304, СМ-302,

Науковий керівник - д. мед. н., проф. Лахтін Ю.В.

СумДУ, кафедра соціальної медицини, організації та економіки охорони здоров'я з курсом оториноларингології та стоматології

Карієс зубів – це складний патологічний процес в твердих тканинах зуба з утворенням в них дефекту у вигляді порожнини. Через високу його поширеність серед населення своєчасна діагностика каріозних уражень на ранніх етапах розвитку патології є актуальною в терапевтичній стоматології. До каріозних порожнини І класу за Блеком відносяться такі, які локалізуються у фісурах та природних ямках зубів. В клініці такий карієс називають фісурним. Для виявлення каріозних дефектів коронкової частини зубів на амбулаторному прийомі під час обстеження твердих тканин зубів у лікаря-стоматолога є стандартний набір інструментів. Стоматологічний зонд серед них єдиний, який призначений для зондування зубів з метою діагностики фісурного карієсу. Проте не завжди вдається виявити такі дефекти через надмірну товщину кінчика зонда.

Тому метою нашого дослідження було порівняння частоти виявлення в зубах каріозних порожнин І класу за Блеком методом зондування різними способами.

Для реалізації цієї мети було досліджено 49 видалених зубів, з них премолярів - 21, молярів - 28. Кожний зуб обстежували два дослідника. Спочатку за допомогою стоматологічного зонда, а потім - ендодонтичного дрільбора для прямого наконечника з меншою товщиною кінчика. За каріозну порожнину приймали таку, в якій кінчик інструмента занурювався вглиб і затримувався у фісурі. У випадках розбіжності результатів обстеження двома способами проводили контрольне препарування зубів. Отримані дані фіксували в протоколі.

За результатами обстеження з 49 зубів виявили каріозні порожнини у 23 (46,9±7,1%). Причому у 7 випадках (14,3±5,0%) - за допомогою стоматологічного зонда, а у 16 (32,7±6,7%) - дрільбора.

В 9 зубах, де була розбіжність в результатах, при контрольному препаруванні фісур у 8 відмітили розвинений каріозний процес. Ураження твердих тканин реєстрували за межами емалево-дентинного з'єднання. В цих випадках емаль зубів була чорно-коричневого кольору з крихкими краями та уламками її фрагментів. Дно і стінки каріозної порожнини виповнено

пігментованим дентином, який в одних зразках розм'якшений, в інших - щільний при зондуванні.

В 1 випадку після оперативного розкриття фісури її дно було щільне, вкрите незміненою емаллю, тобто реєструвався не карієс, а фізіологічна фісура.

Вважають, що для діагностики фісурного карієсу метод зондування не є достовірним, оскільки кінчик зонду може чіплятися у фісурі більше через її анатомічні особливості, ніж через розвиток там каріозного дефекту. Проте зондування за допомогою дрільбора підвищило виявлення каріозних порожнин I класу за Блемом в 2,3 рази ($p = 0,056$).

Таким чином, додаткове використання дрільборів під час зондування фісур та природних борозенок коронкової частини зубів дозволяє підвищити більше ніж в 2 рази ефективність виявлення каріозних порожнин I класу за Блемом. Отримані результати обґрунтовують необхідність розширити як арсенал стандартного набору інструментарію, так і способів діагностики.

ФАКТОРИ РИЗИКУ РОЗВИТКУ ТАЗОВОГО ПЕРЕДЛЕЖАННЯ ПЛОДА

Логвинюк А.О. студентка IV курсу медичного інститута СумДУ

науковий керівник к.мед.н. Ольховик В.Л.

Пологи в тазовому передлежанні відносяться до групи високого ризику по розвитку перинатальних і материнських ускладнень, що можуть призвести до травми в пологах, інвалідизації дитини, а в деяких випадках і смертності.

У зв'язку з вищенаведеним питання профілактики, отже і факторів ризику розвитку тазового передлежання плода є актуальною проблемою сучасного акушерства.

Мета дослідження- виявити сукупність материнських і плодових факторів, що призводять до розвитку тазового передлежання плода.

Матеріали та методи дослідження. Проведено аналіз 52 випадків пологів у тазовому передлежанні. Вивчався акушерський анамнез, соматичний і антропометричний статус вагітних, враховувались фотометричні дані ультразвукових досліджень, аналіз перебігу і результату вагітності та пологів у тазовому передлежанні плода. Контрольну групу склали параметри 32 породіль з головним передлежанням плода.

Результати дослідження. Антропометричні та пельвіометричні параметри в обох досліджених групах не мали достовірних відмінностей, однак серед вагітних з тазовим передлежанням майже в 4 рази частіше зустрічалися пацієнтки з низькою масою тіла (<55 кг.). Основна маса жінок з тазовим передлежанням (58%) була у віці від 21 до 30 років, до 20 років (32%) і старше 30 років-10%. За перерахованими параметрами статистично достовірна різниця (майже вдвічі більше) порівняно з головним передлежанням була в віковій групі старше 30 років. Першородячих з тазовим передлежанням було вдвічі менше, ніж повторнородячих. За соматичною патологією групи вагітних з головним і тазовим передлежаннями були майже ідентичні. Однак, маловагових дітей у групі вагітних з тазовим передлежанням народилося на 24% більше ($p < 0,001$), ніж у групі з головним передлежанням. Серед доношених дітей в основній групі майже кожен третій був з низькою масою тіла (<2500,0гр.). У 19% випадків в тазовому передлежанні народилися недоношені діти. 86% дітей народилися в чисто сідничному передлежанні, 11% - в змішаному сідничному і 3% - в ножному передлежанні. У 14% випадків тазове передлежання поєднувалося з низькою плацентациєю, в 5% - з абсолютним і відносним укороченням (обвиття) пуповини. Також в основній групі було достовірно більше жінок з багатоводдям.

Висновки. Серед материнських чинників формування тазового передлежання найбільш значущими є повторні вагітності та пологи, низька маса тіла вагітної. Призводять до розвитку тазового передлежання низькі фетометричні показники, низька плацентация, мало- та багатоводдя, аномальна довжина пуповини.