

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

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 Блеком 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 Блеком. 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.