

Титул-Жі&л) тp'Jhуліпн^juу ык^чіуллОЛНОі исьй;и

Г'ејіJKUSÜиі° ык^члмнр'вй віді/л

МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ

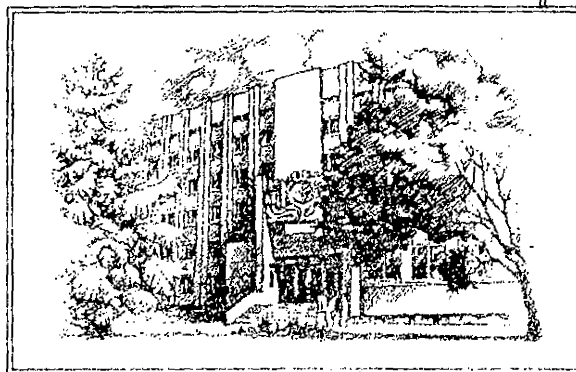
ВИЩИЙ ДЕРЖАВНИЙ НАВЧАЛЬНИЙ ЗАКЛАД УКРАЇНИ
«УКРАЇНСЬКА МЕДИЧНА СТОМАТОЛОГІЧНА АКАДЕМІЯ»

УПРАВЛІННЯ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я
ПОЛТАВСЬКОЇ ОБЛДЕРЖАДМІНІСТРАЦІЇ



АКТУАЛЬНІ ПИТАННЯ КЛІНІЧНОЇ МЕДИЦИНИ

*Тези доповідей
науково-практичної конференції
лікарів—Інп'єрнів, магістрів
та клінічних ординаторів
12 червня 2008'р.*



Полтава - 2008

деформації шиї, кінцеве маркування проводять після наркозу і підведення валика під лопатки хворого

Доступ, який ми пропонуємо, анатомічно обґрунтований, щадний, забезпечує необхідну експозицію органа, загоєння рани та косметичний ефект

ЗАСТОСУВАННЯ "МІКОЖИНАКСУ" В ПІДГОТОВЦІ ДО ПРОВЕДЕННЯ АРТИФІЦІАЛЬНОГО АБОРТУ

Попель М.Г., Боброва В.В.

Науковий керівник: к.мед.н. Зятина О.М.

Кафедра акушерства та гінекології

За останні 5 років показник використання контрацептивів значно виріс, але у всьому світі щорічно роблять 26-30 мільйонів абортів. Неушкоджені тканини статевих органів стійкі до бактеріальних Інфекцій, проте хірургічна травма створює умови для забруднення порожнини матки, активізації та розмноження представників ендогенної флори. Тому профілактика післяабортних септичних ускладнень надзвичайно важлива.

Метою нашої роботи стала оцінка ефективності застосування "Мікожинаксу" як методу профілактики запальних ускладнень після абортів:

Ми дослідили 37 протоколів штучних абортів жінок (.IX 2006 р. - II 2007 р.), яким перед операцією одноразово обробляли піхву та шийку матки 10% розчином Йодонату (I група). II групу склали 34 жінки, яким перед абортим 3 дні проводили деконтамінацію слизових оболонок "Мікожинаксом". Потім дослідили історії хвороб жінок I групи, яких було госпіталізовано до гінекологічного відділення. У 12 (32,4%) розвинувся сальпінгоофорит, у 1 (2,7%) - ендометрит. 11 (29,7%) жінок звернулися до жіночої консультації з вираженою симптоматикою вульвовагініту у цих хворих було виявлено колонізацію слизових геніталій умовно-патогенною флорою: у 3 (8,1%) - ентерокок, у 3 (8,1%) - гарднерела, а в 5 (13,5%) - дріжджоподібні гриби. У жінок II групи ускладнень запального характеру виявлено не було.

Отже, нашими дослідженнями доведено ефективність профілактики запальних ускладнень ■ після абортів шляхом інтравагінального застосування "Мікожинаксу" за 3 дні до проведення операції.

ПЕРВИННА ХІМІОРЕЗИСТЕНТНІСТЬ МІКОБАКТЕРІЙ ТУБЕРКУЛЬОЗУ І ШЛЯХ ЇЇ ПОДОЛАННЯ

Пось О.А., Куліш М.В., Контее М.М., Філатова О.В.,

Науковий керівник: проф. Ярешко А.Г.

Кафедра шкірних та венеричних хвороб з фіззіатрією

У 1997 році ВООЗ змушена була попередити: «якщо почнеться епідемія туберкульозу- з мікобактеріями, резистентними до протитуберкульозних препаратів (ПТП), нам, можливо, ніколи не вдасться її зупинити». Сьогодні стає очевидним, що саме так розвивається епідемія туберкульозу, про що свідчать літературні джерела, які переважно аналізують загальну резистентність мікобактерій туберкульозу (МБТ). Якщо набута вторинна резистентність потребує корекції хіміотерапії, то первинна резистентність визначається тільки

через 2-3 місяці після встановлення діагнозу, тоді як хворі потребують негайного інтенсивного лікування. Лікування таких хворих проводять за протоколом, який передбачає 4- або 5-компонентний режим, але режими лікування вперше діагностованого (ВДТБ) деструктивного туберкульозу з бактеріовиділенням до встановлення чутливості МБТ не мають обґрунтування. У зв'язку з цим ми поставили за мету вивчити ефективність 3-, 4- і 5-компонентних режимів лікування ВДТБ у фазі розпаду з МБТ, чутливими до ПТП, та з первинною резистентністю до них.

Залежно від кількості призначених ПТП усі хворі були розподілені на 3 групи за 3-, 4- і 5-компонентними режимами хіміотерапії ВДТБ із первинною хіміорезистентністю. Аналіз результатів показав, що 5-компонентний режим із призначенням ізоніазиду, рифампіцину, стрептоміцину, піразинаміду і фгамбуголу в порівнянні із застосуванням 3 основних ПТП у різних комбінаціях підвищує припинення бактеріовиділення (на 41,7%, $p < 0,05$), дозволяє подолати первинну хіміорезистентність, у 2 рази підвищує загोення каверн і скорочує терміни стаціонарного лікування хворих на 22 ліжкк-дні.

ОПЕРАТИВНЕ ЛІКУВАННЯ ПОРУШЕНЬ РЕПРОДУКТИВНИХ ФУНКЦІЙ ЛАПАРОСКОПІЧНИМ МЕТОДОМ

Резнікова Л.І., Масальська О.С.

Науковий керівник : доц. Мартиненко В.Б.

Кафедра акушерства та гінекології

Актуальними в наш час є проблема непліддя жінок та вирішення питань про методи його лікування.

Метою роботи було дослідження ролі хірургічної лапароскопії в лікуванні порушень репродуктивних функцій.

Ми проаналізували 185 історій хвороб жінок репродуктивного віку, яким було проведено оперативне втручання (лапароскопія) за 2005-2008 рр. в Полтавському міському клінічному пологовому будинку. У 78 (42%) жінок встановлено порушення менструального циклу практично до аменореї, з них первинне непліддя спостерігалось в 32 (41%) випадків, вторинне непліддя - в 13 (16,7%) випадків. У жінок із порушенням менструального циклу: склерокістоз яєчників спостерігався в 37 (47,4%), злукова хвороба органів малого таза в 40 (51,3%) жінок, хронічний адиексит у 32 (41%) жінок, гідросальпінкс у 13 (16,7%) жінок.

Методом вибору лікування була оперативна лапароскопія із застосуванням різних методик оперування.

Після лікування менструальний цикл відновився в 51 жінки (65,4%) із 78, завагітніли 26 (33,3%) жінок.

Середня крововтрата - 36 мл.

Середня тривалість операції - 53 хв. Жінкам після операції призначено вживання оральних контрацептивів протягом 3-6 місяців.

Повторних хірургічних втручань не було.