15 пр

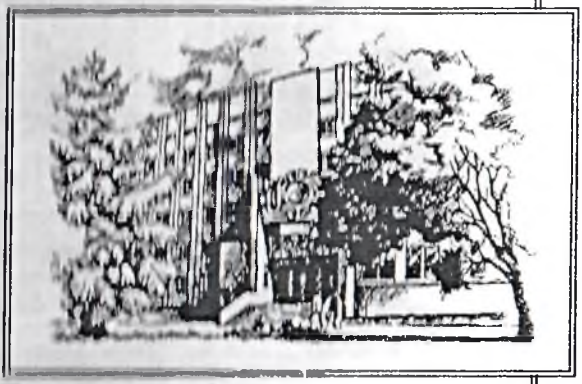
МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ

ВИЩИЙ ДЕРЖАВНИЙ НАВЧАЛЬНИЙ ЗАКЛАД УКРАЇНИ
«УКРАЇНСЬКА МЕДИЧНА СТОМАТОЛОГІЧНА АКАДЕМІЯ»

ГОЛОВНЕ УПРАВЛІННЯ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я
ПОЛТАВСЬКОЇ ОБЛДЕРЖАДМІНІСТРАЦІЇ

АКТУАЛЬНІ ПИТАННЯ КЛІНІЧНОЇ МЕДИЦИНИ

Тези доповідей
науково-практичної конференції
лікарів-інтернів, магістрів
та клінічних ординаторів
27 квітня 2011 року



Полтава – 2011

міському клінічному пологовому будинку.

У 2010 році у пологовому будинку народилося 2854 дитини. Перинатальна смертність склала 6,2‰ (18 дітей), загальна перинатальна захворюваність – 154,7‰ (429 дітей).

Перше місце у неонатальній захворюваності посіли вроджені вади розвитку – 98 випадків (22,3%), відсоток яких збільшився на 3,7% проти попереднього року. Особливе зростання відмічається серед вад розвитку серцево-судинної системи – на 5,5%, розщілин губи та піднебіння – на 5%, сечовивідної системи – на 3%. Тоді як ВВР органів травлення та центральної нервової системи мають тенденцію до зниження, не дивлячись на те, що при ультразвуковому обстеженні вади розвитку ЦНС (вентрікуломегалія, гідроцефалія) зустрічаються найчастіше. Слід відмітити, що жодній дитині діагноз гідроцефалія після народження не був поставлений. У зв'язку із цим слід зазначити, що гідроцефалія, вентрикуломегалія та атрезії різних відділів шлунково-кишкового тракту частіше усього по своїй природі є вторинними (оклюзійними) і виникають у більшості випадків під дією інфекцій. У структурі захворюваності ВУІ зайняло IV місце – 58 випадків (13,2%), що на 4,25% більше, ніж у 2009 році.

У 26 вагітних, яким при УЗД був встановлений діагноз ВУІ плода і ВВР, проводилось лікування згідно протоколу МОЗ України №906 від 27.12.06: імуномодуляція індукторами ендогенного інтерферону, інтерфероном альфа- 2b, протефлазидом та специфічними для даних інфекцій імуноглобулінами. У 16 випадках (61,5%) при повторних УЗД та після народження дитини вади розвитку не виявлялись. Чотири вагітності були перервані до 22 тижнів у зв'язку із тяжкими численними вадами. Лікування не було успішним після 29-30 тижнів вагітності.

Таким чином, при своєчасному виявленні ВВР, визначенні збудників ВУІ і проведенні етіотропного та патогенетичного лікування матері під час вагітності, можливе внутрішньоутробне видужання плода.

ВЗАЄМОЗВЯЗОК ПЛАЦЕНТАРНОЇ ГЕМОДИНАМІКИ ТА СТАНУ ВНУТРІШНЬОУТРОБНОГО ПЛОДА

Гетманець Т.П., Білашов А.М., Цілюрик О.П.

Науковий керівник: проф. Ліхачов В.К.

Кафедра акушерства та гінекології

Актуальність. Прееклампсія зустрічається майже у 10% випадків від загальної кількості вагітних і супроводжується материнською смертністю, акушерськими кровотечами та високою перинатальною захворюваністю і смертністю. Ця патологія характеризується розвитком гіповолемії, генералізованого судинного спазму та перфузійно-інфузійної недостатності, в тому числі в плаценті (Запорожан В.М., 2004; Ліхачов В.К., 2006).

Мета дослідження. Вивчити вплив порушень плацентарно-плодового кровотоку на внутрішньоутробний стан плода у вагітних з прееклампсією.

Методи дослідження. Клініко-інструментальними методами (доплерометрія, біофізичний профіль плода і кардіотокографія) було обстежено 43 вагітних в III триместрі: 10 здорових вагітних і 33 вагітних з прееклампсією (легкого ступеню тяжкості – 18; середнього ступеню тяжкості – 9; тяжкого ступеню – 6 хворих).

Результати дослідження. Виявлено, що прогресуюча гіповолемія у вагітних з прееклампсією легкого ступеню зумовлює помірну гіпоперфузію плаценти. Але при цьому страждає тільки плацентарний кровоток, а плодовий кровоток та внутрішньоутробний стан плода залишаються незмінними.

По мірі зростання тяжкості прееклампсії, одночасно з прогресуючим падінням матково-плацентарного кровотоку значно порушується і плодовий кровоток, що супроводжується достовірним погіршенням серцевої діяльності плода. При тяжкій формі прееклампсії стан кровотоку в артеріях пуповини та середній мозковій артерії стає критичним, що створює умови для його антенатальної загибелі.

ОСОБЛИВОСТІ ОКЛЮЗІЙНИХ КОНТАКТІВ ЗУБІВ ПРИ РІЗНОМУ ВЗАЄМОРОЗТАШУВАННІ ІКЛІВ

Годя М.Г., Кепша О.С.

Науковий керівник: к.мед.н. Ейхгорн Т.Ю.

Кафедра післядипломної освіти лікарів-стоматологів

Актуальність. В процесі життєдіяльності організму оклюзія зазнає постійних функціональних змін, пов'язаних з фізіологічними та парафункціональними навантаженнями. За даними різних авторів (В.А.Хватова, 1996; Ч.МакНил, 2000 та ін.) виділяють два типи контактів зубів при боковій оклюзії: «іклове ведення» та «групову направляючу функцію». Стирання рвучих горбиків іклів більшість пацієнтів і стоматологів сприймають виключно з позиції естетики. Однак, навіть при невеликій стертості іклів, пацієнти втрачають іклову направляючу, внаслідок чого при латеральних рухах нижньої щелепи формується групова функція або множинний контакт на жувальних зубах. Надалі значне зношування може розвинутися як на функціональних так і на нефункціональних горбиках жувальних зубів верхньої та нижньої щелеп. Цей стан надалі ускладнюється парафункціональними звичками та змінами в СНЩ-суглобах і може стати для людини настільки значною проблемою, що здатний вплинути на якість життя пацієнта.

Мета роботи - визначення впливу типу «іклового ведення» на особливості оклюзійних контактів зубів.

Методи та матеріали дослідження. Методиками стандартного клінічного обстеження, оклюзіографії та рентгенографії нами досліджено 67 хворих 25-60 років, які мали в анамнезі стирання рвучих горбиків іклів