

25,27

Проблеми екології та медицини

Вищий державний навчальний заклад України
«Українська медична стоматологічна академія»
Українська Академія наук національного прогресу

Проблеми екології та медицини

Том 17 №1-2 (додаток 1) 2012

НАУКОВО-ПРАКТИЧНИЙ ЖУРНАЛ

Заснований в 1997 році

Виходить 1 раз на 2 місяці

Зміст

МАТЕРІАЛИ ВСЕУКРАЇНСЬКОЇ НАУКОВО-МЕТОДИЧНОЇ КОНФЕРЕНЦІЇ «ІННОВАЦІЙНІ ТЕХНОЛОГІЇ В МЕДИЦИНІ. ПРОБЛЕМИ ТА ЇХ ВИРІШЕННЯ», (ПОЛТАВА, 23 БЕРЕЗНЯ 2012 р.)

РІВЕНЬ ЕНДОТЕЛІНУ-1 ЯК «МАРКЕР» ВАЖКОСТІ ДИФУЗНОГО УРАЖЕННЯ ПЕЧІНКИ <i>Абрагамович М.О., Абрагамович О.О.</i>	7
ВТОРИЧНІ ДЕФЕКТИ НЕБА ПОСЛЕ УРАНОСТАФИЛОПЛАСТИКИ <i>Ашуралієв Х.Г.</i>	7
КЛІНІЧНЕ ЗНАЧЕННЯ СИНДРОМУ ПОДРАЗНЕНОГО КИШЕЧНИКА У ХВОРИХ НА ДЕСТРУКТИВНІ ФОРМИ ГОСТРОГО АПЕНДИЦИТУ <i>Безродний Б.Г., Іовіца А.В., Мартинович Л.Д., Мойсєєнко А.І., Карташов Б.Т., Ольховецький В.М.</i>	8
ПЕРСПЕКТИВИ СТВОРЕННЯ НОВИХ НЕЙРОТРОПНИХ ЗАСОБІВ НА ОСНОВІ ПОХІДНИХ 2- ОКСОІНДОЛІН-3-ГЛЮКСИЛОВОЇ КИСЛОТИ <i>Бобирьов В.М., Луценко Р.В.</i>	8
ЗАСТОСУВАННЯ АНТИГІПОКСАНТІВ У КОМПЛЕКСНІЙ ТЕРАПІЇ ГЕНЕРАЛІЗОВАНОГО ПАРОДОНТИТУ У ПАЦІЄНТІВ ЗІ СТАБІЛЬНОЮ СТЕНОКАРДІЄЮ НАПРУГИ <i>Бойченко О.М.</i>	9
ОЗОНОТЕРАПІЯ В СТОМАТОЛОГІЇ <i>Бучковська А.Ю., Гриновець В.С.</i>	9
РАЦІОНАЛЬНИЙ АЛГОРИТМ ОЦІНКИ МЕХАНІЗМУ ДІЇ ЛІКАРСЬКИХ ЗАСОБІВ З ВИКОРИСТАННЯМ ЕРИТРОЦИТІВ IN VITRO <i>Важнича О.М., Дев'яткіна Т.О., Мокляк Є.В., Власенко Н.О.</i>	10
ПОКАЗНИКИ ЕЛЕКТРООДОНТОМЕТРІЇ У НОРМІ <i>Варес Я.Е., Луночкіна О.М.</i>	10

ОСОБЛИВОСТІ ВИГОТОВЛЕННЯ ЗУБОЩЕЛЕПНИХ ПРОТЕЗІВ ДЛЯ ПРОТЕЗУВАННЯ ДЕФЕКТІВ ПРОНИКАЮЧИХ В ВЕРХНЬОЩЕЛЕПНУ ПАЗУХУ

Різняк Б.М., Різняк О.Б.

ВДНЗУ „Українська медична стоматологічна академія”, м. Полтава

Протезування дефектів проникаючих у верхньощелепну пазуху має ряд особливостей.

Необхідно обов'язково провести тампонування порожнини верхньощелепної пазухи перед зняттям відбитку щоб запобігти попаданню відбиткової маси в порожнину.

Дефекти діаметром до 1 см не тампуються, а перекриваються зверху змоченою марлею у дезрозчині.

Дефекти із розміром їх діаметра більше 1 см тампуються вологими марлевими тампонами наскільки, щоб краї дефекту залишалися відкритими.

Обтуруюча частина протеза повинна заходити в дефект на 3-4 мм, що покращує герметизацію.

Вибір методів фіксації протезів, які застосовуються для протезування дефектів верхньої щелепи являється відповідальним етапом, при чому необхідно надати перевагу опірно-фіксуючим засобам (опірно-утримуючі кламери, телескопічні коронки, балкова система та інше).

З метою профілактики розхитування опірних зубів необхідно застосувати шинуючі пристрої. Всі етапи виготовлення знімного післярезекційного протезу необхідно проводити на пластмасовому базисі, щоб не деформувати шаблон.

Щелепний протез повинен надійно відокремлювати ротову порожнину від носової та верхньощелепної пазухи.

Дотримання вищевикладених особливостей при виготовленні щелепних протезів надає можливість досягнення повної герметизації і, як внаслідок відновлення функції мовлення. Нормалізація артикуляційних взаємовідносин, щелеп прямо пропорційно впливає на відновлення функції жування.

СПЕЦІАЛІЗОВАНА МЕДИЧНА ДОПОМОГА ХВОРИМ НА ПОЛІКІСТОЗ НИРОК

Саричев Л.П.¹, Курячий Ю.В.², Саричев Я.В.¹, Сухомлин С.А.¹

ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія»,¹ м. Полтава

Урологічне відділення Полтавської обласної клінічної лікарні ім. М.В.Скляfosовського², м. Полтава

Аутосомно-домінантний полікістоз нирок (АДПН) є однією з найбільш тяжких аномалій сечовидільної системи і посідає одне з провідних місць як причина ниркової недостатності. У половини пацієнтів захворювання перебігає латентно і діагностується лише на термінальному етапі хронічної ниркової недостатності (ХНН). При цьому, середня тривалість життя хворих не перевищує 50 років.

Завдяки впровадженню у клінічну практику сучасних методів візуалізації та мінімально-інвазивних лікувальних технологій з'явилась можливість подовжити та суттєво покращити якість життя хворих на АДПН. Ультразвукова доплерографія дозволяє провести роздільну оцінку структурно-функціонального стану нирок, обґрунтувати лікувальну тактику, характер та першочерговість оперативних втручань.

Висока ефективність мінімально-інвазивних оперативних втручань обумовлена нормалізацією артеріального тиску, лабораторних показників та функціональних характеристик нирок у хворих на АДПН. Динамічне спостереження з циклічним мінімально-інвазивними видаленням кістозного вмісту дозволяє покращити якість життя та відновити працездатність у переважної більшості пацієнтів.

За результатами дослідження розроблений та впроваджений алгоритм спеціалізованої медичної допомоги хворим на полікістоз нирок:

- пацієнти без клінічних проявів захворювання та ускладнень у вигляді хронічного пієлонефриту, артеріальної гіпертензії та ХНН підлягають динамічному спостереженню з контрольним обстеженням 1 раз на рік;
- пацієнти з клінічними проявами захворювання та кістами ≤ 3 см, що мають ускладнення у вигляді хронічного пієлонефриту, артеріальної гіпертензії та ХНН підлягають циклічному консервативному лікуванню з інтервалом у півроку (антибактеріальна терапія, корекція мікроциркуляторних порушень та нормалізація артеріального тиску);
- наявність поодиноких симптоматичних кіст > 5 см або множинних симптоматичних кіст > 3 см є показанням до перкутанної ігніпунктури;
- хірургічному лікуванню підлягають хворі з нагноєнням кіст та поширенням нагноєння на заочеревинний простір при неефективності мінімально-інвазивних оперативних втручань;
- особи з обтяженим «сімейним» анамнезом (найближчі родичі хворих на полікістоз нирок) підлягають динамічному спостереженню з контрольним обстеженням 1 раз на рік.