

фізіологічною масою тіла та преекламписією (n=5); жінок з ожирінням II ступеня та преекламписією (n=5).

Аналіз рівня експресії CD68⁺ та CD163⁺ децидуальних макрофагів плаценти свідчить про переважання CD68⁺ прозапального профілю над CD163⁺ протизапальним профілем у жінок усіх груп. Однак, не відмічено зміщення поляризації M1/M2 макрофагів у фібротично змінених ділянках плаценти в жодній з груп. Оцінка рівня експресії CD68⁺ та CD163⁺ клітин Кащенко-Гофбауера у стромі термінальних ворсин плаценти показала, що рівень експресії CD68⁺ макрофагів достовірно вище у жінок з ожирінням та преекламписією, ніж у жінок із контрольної групи або у жінок із ожирінням, або у жінок з преекламписією. Проте відмічено протилежну тенденцію зміщення поляризації клітин Кащенко-Гофбауера у стромі термінальних ворсин плаценти у сторону переважання CD163⁺ макрофагів над CD68⁺ макрофагами у групах жінок з: фізіологічною масою тіла, фізіологічною масою тіла та преекламписією, з ожирінням та ожирінням з преекламписією.

Порушення співвідношення протизапального та прозапального профілю плацентарних макрофагів із переважанням останніх може призводити до виникнення преекламписі.

Ключові слова: преекламписія, вагітність, M1 та M2 макрофаги, ожиріння.

НЕВІДКЛАДНІ СТАНИ У ХІРУРГІЇ

Уграновська В.А.¹, Маркова О.В.²

¹КНП «Зіньківська МЦЛ», м Зеньків

²Кременчуцький льотний коледж

Шлунково-кишкова кровотеча, як ускладнення виразкової хвороби служить найбільш частим ускладнення широккого кола гострих або хронічних захворювань органів травлення, що становлять потенційну небезпеку для життя пацієнта.

Джерелом кровотечі може бути будь-який відділ шлунково-кишкового тракту – стравохід, шлунок, тонкий і товстий кишечник. За частоті в гастроентерології шлунково-кишкова кровотеча стоїть на п'ятому місці після гострого апендициту, холецистити, панкреатиту та защемленої грижі.

На сьогоднішній день описано понад сто захворювань, які можуть супроводжуватися шлунково-кишковою кровотечею. Всі геморагії умовно можна розділити на 4 групи: кровотечі при ураженні ШКТ, портальної гіпертензії, пошкодженнях судин і захворюваннях крові; кровотечі, що виникають при ураженнях ШКТ, можуть бути обумовлені виразковою хворобою шлунка або 12-палої кишки, езофагітом, новоутвореннями, дивертикулами, грижею стравохідного отвору діафрагми, хворобою Крона, неспецифічний виразковий коліт, гемороєм, анальною тріщиною, гельмінтозами, травмами, інородними тілами і т. д.; факторами, безпосереднього провокуючими шлунково-кишкову кровотечу, можуть бути прийом аспірину, нестероїдних протизапальних засобів, кортикостероїдів, алкогольна інтоксикація, блювота, контакт з хімікатами, фізична напруга, стрес.

При кровотечах з верхніх відділів ШКТ з'являється кривава блювота (гематомезис), що має вигляд «кавової гущі», що пояснюється контактом крові з соляною кислотою. При профузній шлунково-кишковій кровотечі блювотні маси мають яскраво-червоний або темно-червоний колір. Другою характерною ознакою гострих геморагій з ШКТ служить стілець (мелена). Наявність згустків або прожилок червоної крові свідчить про кровотечу з ободової, прямої кишки або анального каналу. Симптоми шлунково-кишкової кровотечі супроводжуються ознаками основного захворювання, що призвів до ускладненнями. При цьому можуть спостерігатися болі в різних відділах ШКТ, асцит, симптоми інтоксикації, нудота, дисфагія, відрижка і т. д. прихованої шлунково-кишкова кровотеча може бути виявлено тільки на підставі лабораторних ознак – анемії і позитивної реакції калу на приховану кров.

Гострі отруєння - це захворювання хімічної природи, які розвиваються при попаданні в організм хімічних речовин в такій дозі, яка є токсичною. Гострі отруєння викликають серйозні порушення функцій організму, і можуть створити серйозну загрозу для життя. Токсична речовина може потрапити в організм через ротову порожнину, дихальні шляхи, шкірні покриви, зовнішній слуховий прохід, а також у випадку ін'єкцій та інших медичних маніпуляцій. Як правило, отруєння виникає раптово, і розвивається стрімко. Тому в такому випадку необхідно дуже швидко приймати відповідні заходи. Для постановки правильного діагнозу лікар обмежений у часі, що створює певне навантаження (в тому числі і психологічну). Після постановки правильного діагнозу приймаються термінові заходи по детоксикації організму і усунення небезпечних клінічних проявів отруєння.

Випадкові отруєння бувають викликані помилковим прийомом усередину побутових хімікаліїв, медикаментів зовнішнього застосування та інших хімічних препаратів при їх неправильному використанні або зберіганні в посуді з-під алкогольних та інших напоїв. Особливе місце займають отруєння у дітей, частіше у віці до п'яти років. Зростання числа гострих отруєнь у дітей пов'язане з випуском великої кількості нових лікарських речовин і зберіганням їх в домашніх умовах у місцях, доступних дітям. Увагу дітей привертають яскрава упаковка і форма пігулок. Перебіг гострих отруєнь у дітей відбувається дуже своєрідно, оскільки внаслідок анатомо-фізіологічних особливостей нервової і серцево-судинної систем отрута швидше проникає в організм дитини.

Надходження токсичної речовини в організм можливе через рот (пероральні отруєння), через незахищені шкірні покриви (перкутанні отруєння), після ін'єкцій токсичних доз лікарських препаратів (ін'єкційні отруєння) або при введенні токсичних речовин в різні порожнини організму - пряму кишку, піхву та ін.

Виділення отрут з організму відбувається різними шляхами. Через дихальні шляхи виділяються окис вуглецю, алкоголь, ацетон, синильна кислота та ін.. У таких випадках повітря, що видихається, має запах речовини, якою отруївся постраждалий. Майже всі отруйні речовини або продукти їх розпаду виділяються з організму через нирки разом з сечею. Через слизову оболонку товстої кишки виділяються солі важких металів, ртуть, свинець та ін.. Органи, через які

виділяються отрути, нерідко сильно ушкоджуються ними, що викликає важкі захворювання.

На місці події слід встановити причину отруєння, вид токсичної речовини, її кількість і шлях надходження в організм, і, по можливості, час отруєння. Всі постраждалі з клінічною картиною гострого отруєння підлягають терміновій госпіталізації в спеціалізовані центри по лікуванню отруєнь або в лікарні швидкої допомоги.

Особливості невідкладної допомоги при гострих отруєннях полягають в необхідності проведення низки поєднаних лікувальних заходів, метою яких є наступне: припинити подальше надходження і прискорити виведення токсичних речовин з організму; якнайскоріше знешкодити отруту за допомогою застосування специфічної антидотної терапії; забезпечити захист і підтримку тієї функції організму, яка переважно вражається даною токсичною речовиною.

СВОЄЧАСНА ДІАГНОСТИКА ПРИ ВЕРТИКАЛЬНОМУ ПЕРЕЛОМІ КОРЕНЯ ЗУБА ПІСЛЯ ЕНДОДОНТИЧНОГО ЛІКУВАННЯ

Федик Т.В., Гаджула Н.Г., Повшенюк А.В., Федик А.В., Квірікашвілі А.М.

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

Кафедра терапевтичної стоматології

Вступ. Вертикальний перелом кореня депульпованих зубів вважається ускладненням ендодонтичного лікування. Своєчасна діагностика таких переломів надзвичайно складна, додаткові методи обстеження (рентгенологічний, комп'ютерна томографія) не завжди ефективні. Через подібність клінічних проявів вертикального перелому кореня зуба з іншими захворюваннями (апикальний періодонтит, пародонтит тощо), стоматолог часто обирає неправильну тактику лікування, що призводить до втрати кісткової тканини, часу, і, відповідно, до погіршення умов подальшого протезування після видалення зуба.

Мета: Розглянути клінічні випадки вертикального перелому кореня зуба та проаналізувати ефективність методик їх діагностики.

Матеріали та методи. У пацієнтів 40-65 років розглянуто 34 випадки вертикального перелому кореня зубів (4 різця, 11 премолярів та 19 молярів), які завершилися видаленням зуба (29 зубів), ампутацією кореня у верхніх молярах (3) і гемісекцією у нижніх молярах (2). В середньому після ендодонтичного лікування минуло 42 місяці. Під час дослідження оцінювали: скарги пацієнта (суб'єктивна оцінка), результати огляду, пальпацію, перкусію з додатковим проведенням тесту накушування резинового циліндру або палички tooth slooth, наявність пародонтального дефекту та його зондування, наявність та особливості нориці, рентгенологічні зміни, ознаки фенестрації кістки, в 5 випадках проводилось відшарування слизово-окісного клаптя.

Результати. Суб'єктивна оцінка: в 19 пацієнтів (55,9±8,52%) виникав дискомфорт у зубі, 5 пацієнтів (14,7±6,07%) відмічали неприємні відчуття або незначний біль при жуванні, який виникав тільки під час розтиснення щелеп, 2 пацієнти (5,9±4,04%) мали незначну рухомість зуба, 15 пацієнтів (44,1±8,52%)