Результати показали, що: середні значення в балах для коронкової, середньої та апікальної третин - 1.19,1.42 та 1.83 відповідно. Найкращий результат спостерігається в коронковій третині. Однак статистичний аналіз показав, що спостерігається значна різниця в очистці каналів між трьома зонами кореневих каналів.

Висновок: використання інструментів К3, які обертаються, разом зі спеціальною процедурою заключної іригації дозволяє провести необхідну очистку каналу. Як виявилось, дизайн файлів К3 є дуже ефективним для видалення ошарків із апікальної третини каналу. По даним дослідження, в більшості випадків поверхні каналів після обробки стали гладкими, залишки пульпи не виявлені.

ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ ТРОМБОЭМБОЛИИ ЛЕГОЧНОЙ АРТЕРИИ

Кушнир С.В.
Научный руководитель: асс. Матвеев С.А.
Запорожский государственный медицинский университет
Кафедра госпитальной хирургии

Цель работы - изучить отдаленные результаты лечения и вторичной профилактики тромбоэмболии легочной артерии (ТЭЛА).

Материал и методы. Отдаленные результаты (от 1 до 1/2 года от эпизода ТЭЛА) изучены у 22 пациентов, которые проходили лечение в отделении кардиохирургии КУ "ЗОКБ" ЗОС. После выписки пациенты принимали непрямые антикоагулянты. Трое пациентов принимали новые пероральные антикоагулянты. Для оценки состояния малого круга кровообращения использовали эхокардиографию, для выявления тромбоза вен нижних конечностей применяли ультразвуковое дуплексное сканирование. 6 пациентам, которые не приехали на осмотр, проводили анкетный опрос. Троим пациентам выполнено генетическое исследование на тромбофилию.

Результаты. Удовлетворительные результаты в виде снижения среднего давления в легочной артерии, отсутствия одышки, частичного или полного лизиса тромбов в венах нижних конечностей получены у 19 (86%) пациентов. У двоих (9%) пациентов сохранялась легочная гипертензия, вследствие позднего обращения по поводу ТЭЛА. У одного пациента (4,5%) отмечались явления хронической сердечной недостаточности. Рецидивов ТЭЛА у обследованных пациентов за указанный период не было. У всех обследованных на тромбофилию пациентов выявлена мутация более чем 1 паре генов.

Выводы. Отдаленные результаты лечения и вторичной профилактики ТЭЛА можно признать удовлетворительными. Наряду с традиционными непрямыми антикоагулянтами, для вторичной профилактики целесообразно использование новых пероральных антикоагулянтов. Необходимо выполнение обследования на тромбофилию, для оценки риска повторной ТЭЛА.

ОСОБЛИВОСТІ СТАНОВЛЕННЯ МЕНСТРУАЛЬНОЇ ФУНКЦІЇ У ДІВЧАТ ВЕЛИКОГО ПРОМИСЛОВОГО МІСТА.

Ляшко А.А.
Научный руководитель: асс. Кабаченко Е.В.
Запорізький державний медичниий університет
Кафедра акушерства, гінекології та репродуктивної медицини ФПО

В останні роки спостерігається чітка тенденція збільшення у дівчат-підлітків порушень менструальної функції (до 40%). Мета: проаналізувати особливості становлення менструальної функції в дівчат в умовах великого промислового міста. Проаналізовані 146 амбулаторних карти дівчат віком від 11 до 16 р., розподілених на рандомізовані групи: I - 11-12 р., II - 12-13 р., III - 13-14 р., IV - 14-15 р., V - 15-16 р. Використані анамнестичний, УЗД, гормональний методи обстеження. Для класифікації порушень менструальної функції використана МКХ-10. Вторинна аменорея спостерігалась частіше в I віковій групі (35,6%), найменший відсоток склала в III гр. – 16,0%. Аномальні маткові кровотечі (АМК) склали майже третину в перших 4 гр. (коливання 28,1-36,0%), достовірно менша частота в V гр.-10,4% ($p<0,05$). Олігоменорея, навпаки, достовірно частіше відмічена в V гр.-58,3%, найнижчий відсоток в I гр.-26,7%, в інших відповідно-37,5%, 44,0%, 43,9%. Гіперплазія ендометрія частіше відмічена в перших чотирьох гр., нижчий рівень естрогенів – в V гр., в перших 4 гр. більше виражені порушення щитовидної залози.

Висновки: у дівчат великого промислового міста порушення менструальної функції у вигляді вторинної аменореї, АМК, олігоменореї в віці 11-13 р. складають приблизно відсоток (25,0-37,5%), в старших вікових гр. достовірно переважає олігоменорея. Порушення менструальної функції перебігають на тлі порушень статевих гормонів і функції щитовидної залози.

АНАЛІЗ ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ З АБСЦЕСАМИ ПЕЧІНКИ

Макаров В.М.
Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова
Кафедра хірургії №1

Серед гнійної інфекції печінки і жовчовивідних шляхів абсцес печінки (АП) в останні роки вважають однією з провідних проблем хірургії печінки і жовчних проток. (АП) складають до 0,16% захворювань, з якими хворі госпіталізуються в хірургічні стаціонари і потребують екстреного хірургічного втручання.

Мета роботи. Проаналізувати результати комплексного лікування хворих з (АП) з використанням в тому числі і мініінвазивних втручань під контролем УЗД, оцінити переваги та адекватність цих технологій.

Матеріали та методи. У період з 2004 по квітень 2016 року в клініці хірургії №1 Вінницького національного медичного університету ім. М. І. Пирогова проведено ретроспективний аналіз результатів лікування 73 хворих з АП, які знаходились на стаціонарному лікуванні. Серед них чоловіків було 57, жінок 16, вік пацієнтів - від 18 до 82 років. Вогнища (АП) мали різну локалізацію і часто охоплювали декілька сегментів, а в 4 випадках займали праву або ліву долю печінки. Об'єм АП коливався від мікроабсцесів до 1800 мл. За нашими даними гнійними накопиченнями частіше вражалась права доля печінки – у 49 пацієнтів, ліва – у 16, обидві долі – у 8. (АП) вражали всі сегменти, але найчастіше в правій долі це були – 7, 8 і в лівій – 3, 4 сегменти. Час від початку захворювання до госпіталізації складав від 7 діб до 2 місяців. АП, як правило, носили вторинний характер. Серед причин слід виділити холангіогенні, післятравматичні, нагноєні кисти і криптогенні (АП). Прослідковується деяка сезонність захворювання – частіше у весняний період.

Результати та їх обговорення. Найбільш достовірними методами діагностики АП на сьогоднішній день є УЗД і КТ, які майже у100% випадків дають можливість правильно поставити діагноз. Лабораторна діагностика цього захворювання малоспецифічна. Вибір метода лікування АП залежав від локалізації гнійного вогнища, його розмірів, конфігурації, наявності внутрішніх перегородок, а також від віку хворого, супутніх ускладнень. Відкритим способом оперовано 59 пацієнтів, з них 5 з множинними АП. Після верхньосерединної лапаротомії, порожнина гнійника розкривалась, вміст брався на бактеріологічне дослідження. Дренували саму порожнину гнійника, піддіафрагмальний простір чи підпечінковий. Порожнина абсцеса через дренажі санувалась, по мірі зменшення виділення з них, дренажі поступово видалялись. Пункції АП виконували під контролем УЗД, 30 пацієнтам із застосуванням доплера (для вибору «безпечного місця») зі стандартних і нестандартних точок, обов'язково враховуючи анатомію плеврального синуса. Показами до цього методу лікування були абсцеси діаметром 3-4 см. і більше. Вибір діаметра катетера для адекватного дренування залежав від об'єму порожнини, оскільки в порожнині абсцесу, після відбору рідкої частини залишаються секвестри. Тривалість дренування становить від 7 до 29 діб. В післяопераційному періоді всім пацієнтам обов'язково проводили контроль УЗД-діагностику для вивчання інволюційних змін залишкових порожнин гнійників. Чітко відмічався корелятивний зв'язок з клінічними і лабораторними показниками захворювання. Тривалість стаціонарного лікування становила від 5до 16 днів. Ми отримали дані мікробного пейзажу при АП вони були наступні: Staphylococcusspp, E. Coli, Citrobacterspp, Enterococcusspp. Всі пацієнти на початку лікування отримували цефалоспориниIII-IV покоління, аміноглікозиди, фторхінолони. Після отримання чутливості до антибіотиків проводилась корекція призначеної емпіричної антимікробної терапії. Черезшкірне дренування виявилось ефективним у 96,85% хворих.

Висновки. Застосування пункційно-дренажних технологій під контролем УЗД у пацієнтів з приводу АП є ефективним методом їх лікування і є альтернативою традиційним відкритим хірургічним втручанням. Мініінвазивні хірургічні втручання забезпечують меншу частоту ускладнень, тривалість госпіталізації, значно покращують якість життя та результати лікування.