

**Збірник матеріалів
науково-практичної конференції
студентів, молодих вчених та лікарів**

KHIASM

KHARKIV INTERNATIONAL ANNUAL SCIENTIFIC MEETING



30-31.05.2019





Вагінальний кандидоз у вагітних зустрічається частіше через зниження кількості лактобактерій, перебудови гормонального фону, дії прогестерону та накопичення глікогену в епітеліальних клітинах піхви.

Також треба пам'ятати, що важким ускладненням післяпологового періоду є сепсис. Хоча частіше збудниками, що викликають даний стан, є грам-негативні та грам-позитивні мікроорганізми. Тенденцією останніх років є виявлення збудником грибів роду *Candida* (приблизно у 3% випадків).

Висновки: Через можливий безсимптомний перебіг вагінального кандидозу (до 40%) та ускладнення його іншими збудниками (до 26%) треба проводити обов'язкове обстеження та своєчасне лікування.

Маслова Юлія Ігорівна, Фоменко Юлія Володимирівна

Харківський національний медичний університет

Кафедра стоматології дитячого віку, дитячої щелепно-лицевої хірургії та імплантології

Науковий керівник: к.м.н, доцент Фоменко Юлія Володимирівна

ЧИННИКИ НЕВДАЧ ПЕРВИННОГО ЛІКУВАННЯ МОЛЯРІВ ВЕРХНЬОЇ ЩЕЛЕПИ

Ендодонтія має вельми високий рівень розвитку, проте не дивлячись на сучасне обладнання, інструментарій та пломбувальні матеріали, результати лікування не завжди залишаються задовільними. За даними незалежного епідеміологічного обстеження успішними можна вважати близько 30% випадків лікування ускладненого карієсу. Близько 80% зубів, які зазнали ендодонтичного лікування, підлягають повторній терапії. Основною причиною неефективності ендодонтичного лікування - 76% - є неповне знищення бактерій в системі корневих каналів.

Найбільш частою причиною невдач ендодонтичного лікування верхніх молярів є пропущений канал МБ2.

Мезіально-щічні корені верхніх молярів мають велике число варіацій будови системи корневих каналів. У багатьох дослідженнях повідомляється про високу частоту присутності каналу МБ2, що зустрічається в верхніх молярах. John Stropko опублікував дослідження з вивченням 1732 стандартно пролікованих верхніх молярів. Було відзначено, що МБ2 був знайдений в 73,2% випадків в перших молярах, в 50,7% випадків у других молярах і в 20% випадків в третіх молярах. З них виявилось, що МБ2 був окремим каналом в 54,9% перших молярів і в 45,6% других молярів і зливався з іншим каналом у всіх третіх молярах.

Не взятий до уваги МБ2 може стати причиною патології в апікальній області. Канали МБ1 і МБ2 сполучаються між собою, тобто якщо в МБ1 є інфекція, вона буде і в МБ2. Для успішного ендодонтичного лікування знаходження і обробка МБ2 є необхідною.

На підставі вищесказаного, стоматологи часто стикаються з одним з найскладніших завдань - переліковуванням раніше obtурованих зубів. Це пов'язано як з властивостями пломбувальної маси, яку вельми складно вивести з



кореневого каналу, так і з дентиноутворенням в раніше пролікованому кореневому каналі, що є однією з неспецифічних захисних реакцій пульпи, яка виникає у відповідь на дії будь-яких подразників, в тому числі і на пломбувальний матеріал.

На сьогоднішній день не існує універсального протоколу ведення ранішпролікованого зуба. В цілому первинне і повторне лікування ускладненого карієсу мають аналогічні етапи. Основною відмінністю є розпломбування кореневого каналу.

Плануючи повторне ендодонтичне лікування, необхідно починати з аналізу рентгенограми. Особлива увага при цьому приділяється оцінці формування ендодонтичного доступу, оскільки це є найбільш поширеною причиною неуспіху первинного лікування. Наступним етапом є препарування коронкової порожнини, що забезпечує вільний доступ до всіх корневих каналів. Подальшим етапом є пошук всіх основних каналів, а також визначення місця розташування МБ2. У більшості зубів навіть після визначення гирла МБ2 цей канал важко пройти, поки не видалити деяку кількість дентину в області його гирла в апикальному напрямку. В обробці каналу після його проходження немає будь-яких відмінностей від роботи з іншими каналами.

Таким чином, хороший доступ і ретельне вивчення дна порожнини зуба мають велике значення для ідентифікації і локалізації додаткового каналу, що підвищує якість первинного ендодонтичного лікування.

Меліхова Тетяна Володимирівна
Харківський національний медичний університет
Кафедра акушерства та гінекології №2

ІМУНОГІСТОХІМІЧНІ МАРКЕРИ ДІАГНОСТИКИ АДЕНОМІОЗУ

Актуальність теми. Діагностика аденоміозу, як і раніше, незважаючи на багаторічні дослідження, проведені вітчизняними і зарубіжними вченими, являє собою актуальну проблему сучасної гінекології.

В останні роки, в дослідженні проліферативних процесів значних успіхів досягнуто при застосуванні імуногістохімічних методик.

Дискутується питання про існування різних клініко-морфологічних форм ендометріозу, в залежності від переважання активних і неактивних ендометріюїдних вогнищ.

Таким чином, патогенез і сутність ендометріозу залишаються, як і раніше, нез'ясовані. Це не дозволяє розробляти заходи профілактики та ранньої діагностики цього поширеного захворювання, ефективні методи лікування і запобігання його грізних ускладнень.

На сьогоднішній день назріла необхідність створення комплексних, в тому числі і морфологічних, критеріїв прогнозу прогресування ендометріозу.