

2. Ехографічна картина кістозних утворень в пацієнтів досліджуваної групи співпадає з даними літератури. Проте ступінь вираженості гіпоехогенності та гідрофільності тканин КБДШ, чіткість їх контурів і характер вмісту різняться в порівнянні з отриманими нами даними, як і частота цих проявів. Товщина капсули утворень в 49 пацієнтів (73,1%) становила 1-2мм; у 18 пацієнтів (26,9%) вона була до 3мм, що потребує додаткової конкретизації і подальшого узагальнення.

Перспективи подальших досліджень. Отримані дані будуть використані для деталізації показань щодо вибору методу оперативних втручань та засвідчують доцільність подальшого впровадження отриманих даних у клінічну практику.

Список літератури

1. Klyuchihin A. L. Kistoznyie obrazovaniya shei / A.L. Klyuchihin, G.I. Markov, A.E. Kashmanov [i dr.] // Vestnik otorinolaringologii. – 2003. – No.5. – S. 63-64.
2. Kiselev A. S. Branhiogenyie kisty i svischi litsa i shei / A. S. Kiselev, A. R. Pazhetnev // Rossiyskaya otorinolaringologiya. – 2007. – No.5. – S. 91-95.
3. Mitkov V. V. Klinicheskoe rukovodstvo po ultrazvukovoy diagnostike / V.V. Mitkov, M.V. Medvedev // – M.: Vidar, - 1996. – S. 303-329.
4. Manakova A. A. Bokovaya kista shei / L.N. Manakova, A.A. Blotskiy, E.S. Elanskaya // Vestnik otorinolaringologii. – 2006. – No.1. – S.65-66.
5. Malanchuk V. O. Dobroyakisni puhlini ta puhliny podibni urazhennya schelepno-litsevoyi dilyanki ta shiyi / V.O. Malanchuk, A.V. Konchak // – K.: Vidavnychiy dIm «AskanIya», - 2008. – 320 s.
6. Tkachenko P.I. Kisti schelepno-litsevoyi dilyanki (kliniko-morfologichni aspekti) / P.I. Tkachenko, I.I. Starchenko, S.O. Bilokon [ta in.] // – Poltava, - 2013. – 103 s.
7. Gritzmann N. Sonography of soft tissue masses of the neck / N. Gritzmann, A. Hollerweger, P. Macheiner [et al.] // J. Clin. Ultrasound. – 2002. – Vol. 30. – № 6. – P. 356–373.
8. Koischwitz D. Ultrasound of the neck / D. Koischwitz, N. Gritzmann // Radiol. Clin. – N. Am. – 2000. – Vol. 38. – № 5. – P. 1029–1045.

Реферати

ИНФОРМАТИВНОСТЬ УЛЬТРАЗВУКОВОГО ИССЛЕДОВАНИЯ ПРИ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКЕ КИСТ БОКОВОЙ ОБЛАСТИ ШЕИ

Ткаченко П. И., Резвина К. Ю.

В работе представлены особенности проведения ультразвукового исследования кист боковой области шеи. На основании полученных результатов и анализа было установлено, что в этой области чаще всего 9бiагностика9бiа кисты, каждая из которых имеет свои специфические признаки и по эхографической структурой их можно разделить на бранхиогенные, эпидермоидные, дермоидные и кисты слюнных желез, что в дальнейшем подтвердилось при морфологическом исследовании материала. Это свидетельствует о высокой диагностической информативности данного метода обследования и заслуживает 9бiагн широкого применения в повседневной клинической практике у пациентов с опухолями и опухолевидными образованиями шеи.

Ключевые слова: ультразвуковая 9бiагностика, боковая киста шеи.

SELF-DESCRIPTIVENESS OF ULTRASONOGRAPHY IN THE DIFFERENTIAL DIAGNOSTICS OF CYST OF THE LATERAL NECK AREA

Tkachenko P. I., Rezvina K. Yu.

This paper presents the features of ultrasound examination of cysts at the lateral areas of the neck. Based on the results and analysis it was found that in this area often localized cysts, each of which has its own specific features and sonographic structure can be divided into branhiohenni, epidermoid, dermoid and cysts of the salivary glands, which later was confirmed in morphological study material. This shows high diagnostic informative method of examination and which deserves wider use in everyday clinical practice in patients with tumors and tumor formations neck.

Key words: ultrasound diagnostics, lateral cyst of neck.

Стаття надійшла 8.01.2016 р.

Рецензент Аветіков Д.С.

УДК 618.001.895(477.53)

Н. О. Удовинська

ВДНЗ України «Українська медична стоматологічна академія», м. Полтава

ДОСВІД РОБОТИ ПОЛТАВСЬКОГО МІСЬКОГО КЛІНІЧНОГО ПОЛОГОВОГО БУДИНКУ В УМОВАХ ВТІЛЕННЯ ІННОВАЦІЙНИХ ТЕХНОЛОГІЙ

В статті представлені порівнювані дані по роках (2002 та 2012) кількості пологів, показників перинатальної, ранньої неонатальної смертності, кількості партнерських пологів та ускладнень в пологах у Полтавському міському клінічному пологовому будинку після втілення інноваційних технологій.

Ключові слова: індивідуальні пологові зали, партнерські пологи, раннє грудне вигодовування.

Надання якісної медичної допомоги вагітній, роділлі, породіллі та новонародженій дитині є запорукою здорового та повноцінного життя людини. Враховуючи, що наш пологовий будинок надає допомогу не тільки жінкам нашого міста, а й області, ми одні з перших в Україні виступили з ініціативою щодо втілення новітніх перинатальних технологій [1-3]. Наслідуючи мудру пораду Стіва Джобса, ми саме так і вчинили – зробили просту річ, але не для того, аби стати всесильними, а для того, аби якість рододопомоги в нашому місті стала на щабель вище.

Єдиний в місті родопомічний заклад розрахований на 185 ліжок, з них 135 – акушерських. Тривалий час в нашому пологовому будинку існувало два пологових відділення (фізіологічне та обсерваційне), які мали відповідно 5 та 4 пологові зали на першому і четвертому поверхах.

На наш погляд, це мало певні недоліки, а саме: розосередження персоналу по двом поверхам; віддаленість пологових зал від анестезіологічної служби; незручність колегіального і максимально швидкого прийняття рішення; при ургентній ситуації (наприклад, кесарів розтин) на одному з поверхів пацієнти лишаються без спостереження лікаря; при роботі в одному із відділень молодого лікаря втрачається можливість постійного його навчання досвідченим лікарем; відсутність можливості концентрації медичної роботи, відпрацювання єдиної напрямної, формування потужного акушерського колективу; організація роботи пологових зал в пристосованих приміщеннях так як проєкт типовий (1985 року); деонтологічні моменти (хто краще, хто більше?).

На шляху вирішення вищеперелічених проблем у нас народилася ідея об'єднати два відділення. Створили пологовий блок на одному поверсі поряд із операційною і анестезіологічним відділенням, сконцентрувавши таким чином службу для можливості якомога швидко і оперативно надати допомогу пацієнтам і при цьому зберегти комфорт і надійність в роботі медиків. Для реалізації даної ідеї нам знадобилося: підтримка і розуміння персоналу пологового будинку (ми вважаємо це найголовнішою складовою будь-яких перетворень і змін так, як думка професіоналів є найбільш вагомою і цінною); підтримка керівництва; фінансування. Використавши фінансову допомогу спонсорів, розуміння колективу, власний досвід і наполегливість, підтримку керівництва міста, опустивши різне...через декілька місяців почало битися серце міського клінічного пологового будинку – пологовий блок.

Таким чином ми досягли: зосередження персоналу на одному поверсі; створили 9 індивідуальних пологових залів; сконцентрували на одному поверсі пологові зали, операційну, анестезіологічну службу із палатами інтенсивної терапії, центральну стерилізаційну; об'єднали технічні можливості двох відділень; створили можливості колегіального, максимально швидкого прийняття рішення; ні при жодній ситуації жінки не лишаються без догляду медичного персоналу; під час чергування в бригаді працюють лікарі і акушери із різним стажем і досвідом, йде безперервне навчання персоналу; в післяпологовому відділенні тиша і спокій; сформований єдиний потужний колектив із єдиною школою; створені пологові зали та післяпологові палати, які відповідають стандартам інноваційних технологій в акушерстві та найвимогливішим бажанням пацієнтів; вирішені одвічні деонтологічні проблеми; персонал працює в комфортних умовах, а головне – відчуває себе впевнено так як поряд завжди плече колеги (рисунок).





Рисунок. Пологовий блок.

Окрім вищепереліченого, пологовий будинок мав статус пілотного та обласного тренінгового центру для Проекту «Здоров'я матері та дитини». Це дало змогу впровадити в роботу акушерської служби новітні медичні технології, що ґрунтуються на доказах та найкращих світових клінічних практиках, які адаптовані до умов в Україні, налагодити безперервне навчання лікарів і медсестер.

Натепер в пологовому будинку впроваджені сучасні принципи ефективної перинатальної допомоги, рекомендованої ВОЗ та ЮНІСЕФ, що включають: відповідальне материнство і батьківство; відношення до плоду, як до особистості; фізіологічне ведення пологів із мінімальним втручанням; присутність близької людини на пологах; ранній та необмежений контакт матері та дитини, мінімальне втручання медперсоналу в процедури догляду за новонародженим; формування пріоритету здорового новонародженого та демедикалізація раннього неонатального періоду; раннє грудне вигодовування; підтримка теплового ланцюжка при проведенні усіх лікувально-профілактичних заходів; ефективна первинна реанімація; після пологів мати з дитиною знаходяться до виписки в індивідуальній палаті з підвищеними умовами комфорту, що наближені до домашніх; до догляду за новонародженим заохочуються члени родини; забезпечені умови для вільного відвідування породіль родичами.

Аби впевнитися в тому, що ми обрали вірний шлях, ми провели ретельний аналіз основних напрямків роботи акушерської служби нашого клінічного пологового будинку та порівняли рейтингові показники за 2002 та 2012 рр. саме тому, що з 2013 року в Полтаві функціонує перинатальний центр, куди госпіталізуються жінки з ускладненими, що, в свою чергу, не дає можливості коректно порівняти показники 2013-2014 рр. За 2012 рік в Полтавському міському клінічному пологовому будинку відбулося 3279 пологів, що на 1365 пологів більше ніж у 2002 році (на 41,6%). 65% пологів у 2012 році визнано, як неускладнені, проти 53% у 2002 році. Перинатальна смертність за 2012 рік має показник 5,1‰ проти 8,8‰ відповідно за 2002 рік. Не відбулося зменшення показника ранньої неонатальної смертності (3,6‰), але треба взяти до уваги, що з 2007 року в Україні реєструється смертність від 500 г. Акушерські кровотечі у 2012 році спостерігалися у 0,2% випадках проти 1,5% у 2002 році. Більше ніж у 2 рази зменшився показник розширення об'єму операції під час кесаревого розтину (з 1,3% до 0,6%).

Із впровадженням новітніх перинатальних технологій вдалося значно знизити показник хірургічного розтину промежини з 15,9% у 2002 році до 2,8% у 2012 році. На 2% знизився показник слабкості пологової діяльності. Значно зменшилась питома вага новонароджених, які були проліковані у відділенні інтенсивної терапії новонароджених у 2012 році в порівнянні з 2002 роком – 5,9% проти 8,5% відповідно. Летальність серед новонароджених за період, що аналізувався, зменшилася з 0,5% до 0,1%. Рівень партнерських пологів у 2012 році сягнув 96%, тоді як у 2002 році їх не було взагалі.

Висновки

1. Таким чином зрозумілим стає той факт, що зміни структури міського клінічного пологового будинку, впровадження новітніх перинатальних технологій, безперервне навчання персоналу науковцями кафедри акушерства і гінекології №1 ВДНЗУ «УМСА» на чолі з професором Громовою А.М. дали змогу значно покращити якість медичної допомоги в нашому закладі.
2. За останній час у міському клінічному пологовому будинку склався високопрофесійний, доброзичливий, відкритий до спілкування колектив. Тут панує колегіальна атмосфера та зацікавленість щодо результатів роботи.

Список літератури

1. Nakaz MOZ Ukraini vId 13.04.2011 r. No. 204 «Pro zatverdzhennya ta vprovadzhennya primirnogo pereliku poslug perinatalnoyi dopomogi na vsih etapah yiyi nadannya».
2. Nakaz MOZ Ukraini vid 04.04.2005 r. No. 152 «Pro zatverdzhennya Protokolu medichnogo doglyadu za zdorovoyu novonarodzhenoyu ditinoyu»
3. Nakaz MOZ Ukraini vid 04.08.2006 r. No. 540 «Pro zatverdzhennya printsipiv pidtrimki grudnogo vigodovuvannya, kriteriyiv ta porjadku otsinki zakladu ohoroni zdorov'ya na vidpovidnist statusu «likarnya, dobrozichliva do ditini».

Реферати

ОПЫТ РАБОТЫ ПОЛТАВСКОГО ГОРОДСКОГО КЛИНИЧЕСКОГО РОДИЛЬНОГО ДОМА В УСЛОВИЯХ ВНЕДРЕНИЯ ИННОВАЦИОННЫХ ТЕХНОЛОГИЙ

Удовыцкая Н. А.

В статье представлены сравнительные данные по годам (2002 и 2012) количества родов, показателей перинатальной, ранней неонатальной смертности, количество партнерских родов и осложнений в родах в Полтавском городском клиническом родильном доме с внедрением инновационных технологий.

Ключевые слова: индивидуальные родильные залы, партнерские роды, раннее грудное вскармливание.

Стаття надійшла 24.12.2015 р.

OPERATIONAL EXPERIENCE OF POLTAVA MUNICIPAL CLINICAL MATERNITY HOSPITAL IN IMPLEMENTATION OF ADVANCED TECHNOLOGIES

Udovytska N. O.

The paper presents comparative data for the year (2002 and 2012) the number of births, perinatal, early neonatal mortality, the number of affiliate birth and delivery complications in childbirth in the town of Poltava clinical maternity hospital with the introduction of innovative technologies.

Key words: individual delivery rooms, affiliate birth, early breastfeeding.

Рецензент Ліхачов В.К.

УДК 616

Н. О. Удовыцкая

ВНІЗ України "Українська медична стоматологічна академія" м. Полтава

ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ ВАГІТНОСТІ ТА ПОЛОГІВ ЗАЛЕЖНО ВІД ЛОКАЛІЗАЦІЇ ПЛАЦЕНТИ В МАТЦІ

Вивчено клінічний перебіг вагітності і пологів у 1080 жінок. Проведено ультразвукових сканувань – 1450 (в динаміці); антропометрій – 560; кардіотокографій – 710 (в динаміці); тонуеметрій – 242; морфологічних досліджень послідів – 80. Встановлено, що клінічний перебіг пологів залежить від локалізації плаценти в порожнині матки. Розташування її у верхніх відділах матки сприяє виникненню слабкості пологової діяльності. Навпаки, при низькому розташуванні плаценти частіше спостерігаються гіпотонічні кровотечі в післяпологовому періоді.

Прогнозування слабкості пологової діяльності повинне здійснюватися на підставі виявлення факторів ризику. Виявлена залежність пологової діяльності від локалізації плаценти в матці дало змогу лікарю акушеру-гінекологу враховувати даний фактор при прогнозуванні розвитку СПД. Своєчасне прогнозування та адекватна профілактика СПД дозволили знизити частоту слабкості пологової діяльності в 3 рази, а оперативного розродження – в 2 рази.

Ключові слова: вагітність, пологи, плацента, слабкість пологової діяльності

Робота є фрагментом НДР "Вивчення патогенетичних механізмів виникнення захворювань репродуктивної системи у жінок, розробка методів удосконалення їх профілактики, консервативного та оперативного лікування і реабілітації" № держреєстрації 0112U002900.

Серед причин, що ведуть до зниження материнської та перинатальної смертності, важливе місце займають аномалії розташування плаценти – передлежання плаценти і її низьке розташування (низька плацентажія). Частота коливається від 0,3% до 1,04%, низька плацентажія зустрічається в 9,1% спостережень [1, 2, 4, 8, 10]. Перинатальна смертність при атиповому розташуванні плаценти досягає 22-81%, а материнська смертність при цьому коливається від 2% до 10% [2, 10].

Акушери давно звернули увагу на те, що зі збільшенням терміну вагітності плацента переміщається від внутрішнього зіву шийки матки у напрямку догори, що отримало назву феномена «міграції». Механізм міграції плаценти повністю не з'ясований, а також не дана оцінка стану плода та новонародженого у групі жінок з «міграцією плаценти». Опубліковані клініко-фізіологічні дані про порушення функції плаценти при різній локалізації неоднозначні [4, 5, 6, 7], що вимагає подальшого вивчення даної проблеми.

Вживання радіоактивних ізотопів для визначення локалізації плаценти дозволило підвищити точність діагностики і зменшити дозу опромінення плоду. Термографічний спосіб визначення локалізації плаценти, на думку багатьох авторів, є недостатньо ефективним. Його достовірність коливається від 50 до 96%. Більш достовірнішою є ультразвукова ехолокація плаценти. Величезні можливості має ультразвукова діагностика [3, 9, 11].