

**МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ**  
**Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова**  
**Студентське наукове товариство**



**МАТЕРІАЛИ**  
**ІХ Міжнародної студентської**  
**наукової конференції**  
**«Перший крок в науку—2012»**

**20–21 березня 2012 року**  
**м. Вінниця**

Дослідження включало вивчення гемодинамічних показників судинного русла верхньої та нижньої губи у 54 практично здорових осіб віком від 20 до 30 років з відсутністю захворювань губ. Статистичну обробку отриманих результатів проводили з використанням загальноприйнятих методів варіаційної статистики та визначенням критерію Стьюдента [Реброва О.Ю., 2006].

Висновок. Проведені дослідження показали несуттєву різницю ( $P \geq 0,05$ ) лінійних параметрів кровотоку артерій верхньої та нижньої губи ( $V_{\max}$ ,  $V_{\min}$ ,  $TAMAX$ ) та достовірні ( $P < 0,05$ ) - об'ємних ( $CO$  і  $Pi$ ), які відображують справжнє кровопостачання органу. При цьому показники  $CO$  і  $Pi$  свідчать про те, що рівень кровопостачання нижньої значно вище ніж верхньої. Очевидно це являється наслідком меншої функціональної активності верхньої губи порівняно з нижньою, оскільки відомо, що потреби органа в кровопостачанні визначається його функціональним станом [Кораблев А.В., Николаева Т.Н., 1999]. В свою чергу, зменшення функціональної активності органа призводить до підвищення тонуусу та периферійного опору, що підтверджується в наших дослідженнях:  $Ri$  на верхній губній артерії складає  $0,824 \pm 0,03$ , на нижній губній артерії -  $0,752 \pm 0,064$  ( $P < 0,05$ ), а  $Pi$  - відповідно  $1,821 \pm 0,072$  і  $1,629 \pm 0,077$  ( $P < 0,05$ ).

Отже, дані про нормальне кровопостачання губ, отримані при використанні ультразвукового дослідження в поєднанні з кольоровим доплеровським картуванням та доплерометрією, можуть служити основою при діагностиці захворювань червоної кайми губ.

А.Р. Кічула

### **Методика застосування внутрішньоорганного електрофорезу в комплексному лікуванні генералізованого пародонтиту**

**Кафедра терапевтичної стоматології**

**(науковий керівник – к.мед.н., доц. І.Н. Середюк)**

*Івано-Франківський національний медичний університет*

*м. Івано-Франківськ, Україна*

Обґрунтована можливість застосування наклофену (диклофенаку-натрію) в поєднанні з електрофорезом при генералізованому пародонтиті першого ступеня важкості не залежно від перебігу процесу. При застосуванні даної методики основними, додатковими та лабораторними методами дослідження виявлено значне покращення стану пародонту та загального самопочуття хворих.

Поширеність захворювань пародонту серед осіб віком понад 35 років в різних країнах коливається від 45% до 75%. В окремих регіонах частота пародонтопатій сягає 80-100%. Мета нашого дослідження полягала у вивченні впливу нестероїдних протизапальних засобів при різних способах застосування (місцево, шляхом внутрішньо органного електрофорезу) на динаміку клінічних проявів та вміст металів у хворих на пародонтит. З цієї метою використаний препарат, який викликає подразнення тканин пародонту, має протизапальну і знеболюючу дію, пригнічує одночасно розвиток грануляційної тканини і в той же час стимулює репаративні процеси – наклофен або диклофенак-натрію. Найменш вивченим питанням стоматології сьогодення є дослідження у хворих на пародонтит динаміки вмісту металів. В той же час доведено, що мікроелементи-метали відіграють значну роль в запаленні пародонту. З іншої сторони, вплив нестероїдних протизапальних засобів на динаміку основних мікроелементів металів до цих пір не вивчений.

Встановлено, що методика внутрішньо органного електрофорезу значно пришвидшує ремісію пародонту та сприяє більш тривалій його реабілітації.

Т.М. Кононенко, О.В. Бедик

### **Методи моделювання переломів нижньої щелепи у тварин**

**Кафедра хірургічної стоматології та щелепно-лицевої хірургії**

**(науковий керівник – д.мед.н., проф. С.М. Шувалов)**

*Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова*

*м. Вінниця, Україна*

Вибір методу моделювання перелому нижньої щелепи у експериментальних тварин має важливе значення для подальшого дослідження загоєння перелому та випробування нових методів лікування.

Всі методи моделювання переломів нижньої щелепи можна об'єднати в декілька основних груп:

1) перелом з прикладанням надмірної сили («насильницький», «violent» - в англійській літературі) (Greve K, 1927);

2) створення перелому за допомогою долота та молотка (Schmelzle R, Riediger D, Lorenz Rajab H, 1980);

3) пересічення щелепи бором або пилою і завершення перелому остеотомом (Bruce RA, Bonnette GH та ін., 1970; Ikemura K, Kauno Y. та ін., 1984);

Нами були створені переломи кожної з груп на відпрепарованих щелепах кроля та досліджені позитивні якості та недоліки цих методів моделювання. При виборі моделі «насильницького» перелому або при використанні долота та молотка було важко передбачити локалізацію та напрямки ліній перелому. При використанні пили, остеотому одним із недоліків було виникнення в тій чи іншій мірі дефекту кісткової тканини, що в свою чергу вплине на загоєння перелому. Проте, ці методи є простими у застосуванні, інструментарій для них є поширеним та легкодоступним.

Серед сучасних способів моделювання переломів нижньої щелепи з джерел літератури відомі: перфорація кісткової тканини кулястим бором (С.О.Мостовой, В.С.Пикалюк и др., 2009), розсічення кісткової тканини фрезою або лазерним скальпелем (А.Ю.Васильев, И.М.Буланова, и др., 2009), пересічення кістки нижньої щелепи ножицями (Макаренко О.А, Карая М.В., 2005). Але штучні переломи, створені такими методами, на наш погляд, не є схожими на «природні».

На кафедрі хірургічної стоматології та щелепно-лицевої хірургії ВНМУ імені М.І.Пирогова запропонований спосіб моделювання стандартизованих переломів нижньої щелепи в експерименті, який також був виконаний нами на відпрепарованій щелепі кроля. Метод полягав у надпилі кортикальної пластинки нижньої щелепи циркулярною фрезою діаметром 5 мм, і в подальшому надломі кістки в цій ділянці багнетоподібними щипцями для видалення зубів. Запропонований метод простий у виконанні, нетривалий по часу проведення операції, не потребує спеціальних пристроїв.

В результаті порівняння декількох методів моделювання перелому нижньої щелепи виявлено, що запропонований метод є найбільш придатним для створення «стандартизованих» переломів при необхідності виконання серії досліджень на багатьох тваринах.

А.О. Коцюра, Д.О. Ткачук

**Клінічна ефективність застосування деяких  
протизапальних знеболюючих препаратів при лікуванні  
хворих із травмами щелепно-лицевої ділянки**

**Кафедра хірургічної стоматології та щелепно-лицевої хірургії  
(науковий керівник – доц. С.С. Поліщук)**

*Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова  
м. Вінниця, Україна*

Актуальність теми. Незважаючи на розвиток сучасної медицини, проблема пригнічення болювого синдрому, у хворих із запальними процесами та травмами щелепно-лицевої ділянки, продовжує залишатися актуальною. На сьогоднішній день в арсеналі фармацевтичної промисловості наявна велика різноманітність знеболюючих препаратів. Висока поширеність даної патології в клініці породжує розробку питань щодо визначення найбільш ефективних протизапальних знеболюючих препаратів для досягнення оптимальних результатів у лікуванні хворих з даною патологією.

Мета дослідження – вивчити та порівняти знеболюючий вплив препаратів кетанов, кеторолак, дексалгін, динебол на зменшення болювого синдрому, у хворих з травматичними пошкодженнями щелепно-лицевої ділянки.

Матеріали та методи дослідження. В період з 01.10.11 по 02.02.12 на базі кафедри щелепно-лицевої хірургії та хірургічної стоматології, що розташовується у МКЛШМД було проведено клінічне дослідження 17 хворих з травмами щелепно-лицевої ділянки (рани та переломи нижньої щелепи). Всім хворим проводилась стандартна медикаментозна терапія, яка включала антибіотики (цефтріаксон), десенсибілізуючі препарати, вітаміни та знеболюючі відповідно до групи досліджуваного препарату. Відповідно хворі були розділені на групи в залежності від введення знеболюючого препарату: перша група – отримувала кетанов у дозуванні 10-30 мг в/м, друга група - кеторолак у дозуванні 10-20 мг в/м, третя - дексалгін 25-35 мг в/м, четверта - динебол 25-50 мг в/м. У пацієнтів оцінювали наступні показники: швидкість пригнічення болі та тривалість дії знеболень. Знеболюючі препарати отримували хворі за 30 хв. до операції, та через 12 год. після операції. Клінічна інтенсивність болювого синдрому оцінювалась за VAS (Візуально Аналогова Шкала). Аналіз ефективності лікування проводився 2 рази на день, визначення порогу болювої чутливості до прийому препарату та через 1,3,5,7 годин з моменту введення препарату. Обробку результатів проводили за допомогою варіаційно-статистичних методів.

Результати дослідження. Під час клінічного дослідження була проведена оцінка анальгетичного потенціалу препаратів по ступеню зменшення інтенсивності болювого синдрому, при аналізі швидкості знеболюючої дії в середньому через 15-30 хв. позитивно відзначив препарат дексалгін (25-35 мг в/м) кеторолак (10-20 мг в/м) починає діяти через 25-35 хв., кетанов 25-30 хв.,