

Міністерство охорони здоров'я України
Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова
Рада молодих вчених

Матеріали
I наукової конференції молодих вчених
з міжнародною участю

19-20 травня 2010 року
м. Вінниця

слинної залози 3 хворих – 2,1% Змішані пухлини привушної слинної залози 4 хворих – 2,8%.

Слинних норець спостерігалось 5 хворих 1,8% розбіжності при діагностиці склали 20%.

Слинокам'яна хвороба 17 хворих – 6,2% розбіжності при діагностиці склали 30%.

Спостерігається сезонність при захворюваннях на хронічний паренхіматозний паротит вони припадають на січень – березень, та жовтень – грудень. Також характерно спостерігається і вікові особливості прояву захворювання в 4-8 років та 10-14 років. Пухлини привушної слинної залози частіше зустрічались у дітей у віці 10 – 14 років.

Висновок. Отже після проведених підрахунків переважно більшістю серед запальних захворювань слинних залоз є гострий бактеріальний паротит, але складнощі в діагностиці складає не гострий бактеріальний паротит, а хронічний паренхіматозний паротит котрий в 43,5% не діагностується. Також спостерігалось закономірності в віковому аспекті, а саме те що захворювання у дітей зустрічається в 4-8 років і 10-14 років та сезонність – пік захворювання припадає на січень – березень, та жовтень – грудень. Серед пухлиноподібних новоутворень перше місце за частотою захворювань посідають ретенційні кісти малих слинних залоз, а найменш діагностуємими є кісти привушної слинної залози котрі не діагностуються в 40%. Слинокам'яна хвороба складає 6,2 %, а складнощі в діагностиці складають 30%.

Наведені дані ще раз свідчать про необхідність ретельного вивчення клінічних та параклінічних методів діагностики захворювань слинних залоз, що значно зменшить кількість діагностичних помилок.

А.О. Малаховська

ЕКСПЕРИМЕНТНИЙ ВИБІР КОНЦЕНТРАЦІЇ АНЕСТЕТИКА

Кафедра хірургічної стоматології
та щелепно-лицевої хірургії.

(Науковий керівник – д.м.н., проф. С.М. Шувалов)

Вінницький національний

медичний університет ім. М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

Актуальність. Розвиток місцевої анестезії пов'язаний з відкриттям знеболюючих властивостей кокаїну. Спроби пошуку оптимальних доз місцевого анестетика почались одразу після їх відкриття. Так, знаючи про високу токсичність кокаїну (Р.А.Орлов, 1887; Реклю, 1889; Шлейх, 1891; Г.А.Маслов, 1904) почали розводити до мінімуму – 0,1-0,01%.

Найбільш широкого розповсюдження місцева анестезія отримала після того, як в 1905р. А.Ейнгорном був отриманий значно менш токсичний анестетик – поліпшують ефективність знеболення. В цей час активно розробляються і впроваджуються методи провідникового знеболення такі, як центральні анестезії на основі черепа. Ці методи потребують ви-

користання великих доз анестезуючого розчину. Для запобігання інтоксикації при введенні великих доз анестезуючого розчину О.В.Вишневський, С.Н.Вайсблат пропонують введення слабого 1%; 0,25% розчину новокаїну, які не викликають токсичних явищ.

Мета дослідження: вивчити дію анестетика (ультракаїн дс) у різному розведенні (4%; 2%; 1%; 0,5%; 0,25%) на предмет збудливості нервових волокон у холоднокровних тварин (жаб) та теплокровних (кролі).

Матеріали та методи. Експериментальне дослідження було проведено на 44 тваринах та складалось з двох серій. Перша серія дослідження проводилась на 35 холоднокровних тваринах (жабах). Друга серія дослідів - на 9 теплокровних (кроликах). В першій серії дослідження було виділено 5 груп по 7 тварин для вивчення дії різних концентрацій.

Попередньо у тварин готували нервово-м'язовий препарат. До нерву підводили електроди від електростимулятора дотримуючись умов мінімальної травматизації останнього, з наступним зрошенням нерву фізіологічним розчином. Встановлювали амплітудно-часові характеристики електричного струму порогового подразника, далі проводили ін'єкцію у м'яз поруч з нервом розчином анестетика ультракаїн дс в різному розведенні. Об'єм анестетика, який вводили був однаковим для всіх дослідів і складав 0,5мл. Далі проводили контрольні перевірки відповіді м'язу на подразнення нерву порогової величини та з прогресуючим збільшенням амплітудних параметрів стимуляції через 3, 5, 10, 15, 30, 60, 90 хвилин.

Висновок. Встановлено, що міфогі подразнення збільшується у всіх дослідів, тобто при тих же значеннях частоти та тривалості збільшується значення амплітуди для отримання мінімальних скорочень.

Л.О. Малиш

ОСОБЛИВОСТІ СТОМАТОЛОГІЧНОГО СТАТУСУ ДІТЕЙ ТА ПІДЛІТКІВ ІЗ АТОПІЧНИМ ДЕРМАТИТОМ

Кафедра терапевтичної стоматології

(Науковий керівник - д.м.н., проф. В.М. Кулигіна)

Вінницький національний

медичний університет ім. М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

Актуальність теми. В останнє десятиріччя спостерігається збільшення кількості алергічних уражень слизової оболонки порожнини рота і губ у дітей та підлітків. Найбільш поширений серед них – atopічний хейліт. Atopічний хейліт виникає у кожної третьої дитини із atopічним дерматитом, яким хворіють понад 10% дітей та підлітків. У 40% хворих atopічний хейліт може бути єдиним проявом atopічного дерматиту. Хворі на atopічний дерматит й atopічний хейліт звертаються за допомогою до лікарів різного фаху: алергологів,