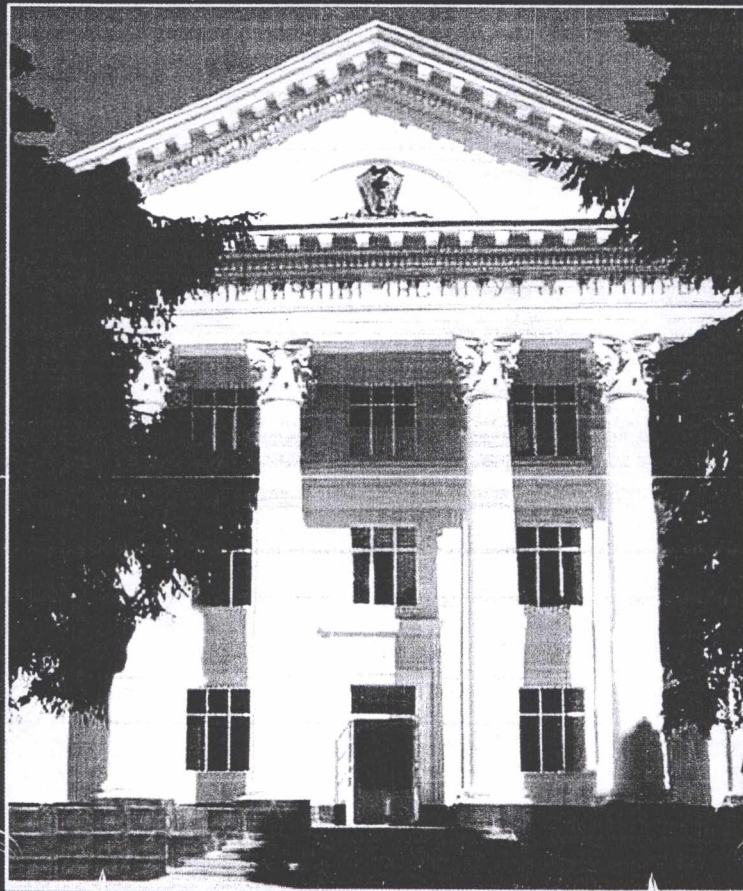


Міністерство охорони здоров'я України  
Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова  
Студентське наукове товариство

Матеріали  
VII Міжнародної студентської  
наукової конференції  
“Перший крок в науку – 2010”



Вінниця  
2010



пломбування кореневих каналів.

Для визначення розчинності нами були використані видалені зуби, по 5 в кожній серії, канали яких після ендодонтичної обробки пломбувались такими матеріалами як: резорцин-формалінова паста, Foredent, трикредент (трикрезол-формалінова паста), цеміон, стіодент, замішаний на дистильованій воді та розчині полікарбонатової кислоти, віедент (епоксидний пломбувальний матеріал) та Adhesor Fine. На наступний день після пломбування кореневих каналів корені зубів розпилювали, фотографували і занурювали у фіз. розчин на 6 міс. згідно рекомендацій P.S.Wesselink, 1997. Через 6 міс. зрізи коренів зубів виймали з розчину, висушували, фотографували та проводили оцінку стану пломбувальних матеріалів.

Для дослідження проникності нами також використані видалені зуби, по 5 в кожній серії, канали яких після ендодонтичної обробки пломбували тими ж пломбувальними матеріалами. Щоб запобігти проникненню барвника через вустя кореневих каналів, вони були запломбовані цеміоном. На наступний день після пломбування корені зубів, кореневі канали яких були запломбовані такими матеріалами, як трикредент, цеміон, стіодент, замішаний на дистильованій воді та розчині полікарбонатової кислоти, віедент та Adhesor Fine у розчин еозину, а запломбовані резорцин-формаліновою пастою та Foredent у розчин метиленового синього. Через місяць корені виймали з розчинів, висушували, розпилювали, фотографували та проводили оцінку стану пломбувальних матеріалів.

Внаслідок проведених досліджень встановлено, що такі матеріали, як резорцин-формалінова паста, цеміон та стіодент, замішаний на розчині полікарбонатової кислоти не розсмоктуються та непроникні для барвників. Слабо розсмоктуються і слабо проникні такі матеріали, як віедент, Adhesor Fine, трикредент. Значно розсмоктуються та значно проникні для барвників такі матеріали, як Foredent та стіодент, замішаний на дистильованій воді.

На нашу думку, значне розсмоктування та проникність пасты Foredent та стіоденту, що замішаний на дистильованій воді, можна пояснити їх сповільненою полімеризацією.

Таким чином, при виборі матеріалу для пломбування кореневих каналів потрібно орієнтуватися на їх розчинність та проникність.

О.С. Нечипорук, А.О. Малаховська

**Аналіз методів знеболення операцій з приводу**

**гнійно-запальних процесів поблизу нижньої щелепи**

*Кафедра хірургічної стоматології та щелепно-лицевої хірургії*

*(науковий керівник – ас. А.О.Малаховська)*

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

Стоматологи мають право вважати свою спеціальність не тільки засновниками анестезіології, але й пишати тим, що анестезіологія, як наука про знеболення, без їх допомоги не була б настільки насиченою історичними фактами.

Дійсно, день народження анестезіології вважають 16 жовтня 1846 року, коли у Бостонській лікарні (США) професор Гарвардського Університету хірург Джон Уоррен видалив пухлину в підщелепній ділянці при «наркофізації» хворого ефіром Уільямом Муртоном. А ще раніше – 11 грудня 1844 року в Хартфорді (також в США) окис азоту був вперше застосований в якості загального знеболення при видаленні зуба. Здійснив це дантист Джон Ріггс, а знеболював себе сам пацієнт – Горацій Уеллс.

Через специфічність операційного поля (ротоглотка) і недосконалості наркозно-дихальної апаратури спосіб загального знеболення так і не отримав у той час в стоматології широкого розповсюдження. Так, в романі Е.Золя «Творчество», написаного у 1888 році, великий французький романіст описує кохану дантиста, яка при пацієнтах прикидалася глибоко заснувшою від дії окису азоту, і безболісні маніпуляції в порожнині рота другом-дантистом, та щасливе прокидання...

Майже всю новітню історію стоматології з загальним знеболенням конкурувала, а часом і не безрезультатно місцева анестезія. Синтезований у 1905 році новокаїн, здавалось, вирішить всі проблеми дантистів. Але згідно з повідомленням В.Ф.Рудько (1968) «місцеве знеболення виявляється недостатньо ефективним при стоматологічних втручаннях з приводу гострих запальних процесів у 50 % випадків (цит.по В.А.Александрову)». Тому, все це спонукало до пошуку нових препаратів місцевого знеболення.



Актуальність питання знеболення операцій з приводу гнійно-запальних процесів поблизу нижньої щелепи полягає в тому, що з точки зору анестезіології стоматологічний хворий має досить специфічні особливості: це і відсутність антиноцицептивного захисту настільки потужної гальмуючої дії як спинний мозок; при ургентній стоматологічній ситуації неможливість зібрати анамнез (перш за все алергічний); завжди існуючої проблеми «повного шлунку»; наявність не корегованих супутніх (в описаних умовах роботи становляться при певних умовах основними!) захворювань – діабет, гіпертонічна хвороба, порушення ритму серця і т.д.

Тому, ургентна стоматологія = ургентна анестезіологія, а це по шкалі хірургічного ризику автоматично на кілька балів вище. Ще одна проблема – це відсутність стандартної схеми знеболення для таких пацієнтів.

**Мета.** Провести аналіз методів знеболення операцій з приводу гнійно-запальних процесів поблизу нижньої щелепи у пацієнтів, що знаходились на лікуванні в щелепно-лицевому відділенні Вінницької обласної лікарні ім.М.І.Пирогова.

**Матеріали і методи.** Нами був проведений ретроспективний аналіз історій хвороб з діагнозом «Гнійно-запальні процеси щелепно-лицевої ділянки біля нижньої щелепи» за період з 2000 по 2009 роки. Проаналізувавши дані, вияснили, що операції проводились як під загальним, так і під місцевим знеболенням.

За період 2005 року виконано 124 операції з даним діагнозом, з них під місцевою анестезією – 40 (32%), під внутрішньовенним наркозом – 83 (67%) та з інтубацією – 1 (1%).

За період 2006 року - 117 операцій, з яких під місцевою анестезією – 38 (32%), під внутрішньовенним наркозом – 79 (68%).

За період 2007 року - 107 операцій, 31 (29%) – під місцевою анестезією, 74 (69%) – під внутрішньовенним наркозом та 2 (2%) з інтубацією.

2008 рік. Виконано 107 операцій, з яких 36 (35%) - під місцевою анестезією, 70 (65%) – під внутрішньовенним наркозом.

2009 рік. Виконано 101 операція, з них під місцевою анестезією 36 (33%), під внутрішньовенним наркозом – 65 (59%), 9 (8%) – під комбінованим знеболенням.

За останніх 5 років летальних випадків не було зареєстровано, але піднімаючи дані архіву 10-тирічної давності, виявлено 3 летальних випадки, які пов'язані зі складністю інтубації. Як видно з аналізу, кількість втручань з інтубацією трахеї за останні два роки відсутня, а також відсутні летальні випадки – це пов'язано з впровадженням в відділенні новим методом провідникового та комбінованого знеболення.

**Висновки.** Отже, єдиного методу знеболення з даною патологією не існує, так як потрібно враховувати багато факторів, таких як супутні захворювання хворого, вік, алергологічний анамнез і т.д. В даний час стоматологи можуть (і повинні!) використовувати всі досягнення сучасної анестезіології: це і премедикація сучасними препаратами бензодіазепінового ряду, це і методи місцевої (провідникової) анестезії сучасними препаратами артикаїнового ряду, і комбіноване знеболення. (С.А.Рабінович 2000 ). Тому, необхідна сумісна робота хірурга стоматолога і анестезіолога, в зв'язку з тим, що методиками провідникового знеболення на голові і шиї володіє хірург-стоматолог.

І.О. Остап'юк, М.П. Кузь

**Перебіг та лікування остеомієліту на фоні наркоманії**

*Кафедра хірургічної стоматології*

*(Науковий керівник ас. М.І. Гопко)*

Івано – Франківський національний медичний університет

Івано – Франківськ, Україна

**Актуальність:** проблема лікування та реабілітації хворих на одонтогенні гнійно-запальні процеси щелепних кісток на фоні наркотичної залежності є актуальною, тому що супроводжується високим процентом ускладнень (травматичний остеомієліт, порушення консолідації кісткових фрагментів, невротатії), частота яких з кожним роком зростає. Проблема набуває особливого значення, зважаючи на значне розповсюдження наркоманії серед молоді.

**Мета:** підвищення ефективності лікування хворих на гнійно-запальні процеси щелепних кісток на фоні наркоманії при використанні імунокорегуючої та ранозагоюючої терапії.

**Матеріали і методи дослідження:** Нами обстежено 36 хворих на одонтогенні гнійно-запальні процеси щелепних кісток, що знаходились на стаціонарному лікуванні за період 2000-2009 р.р. у