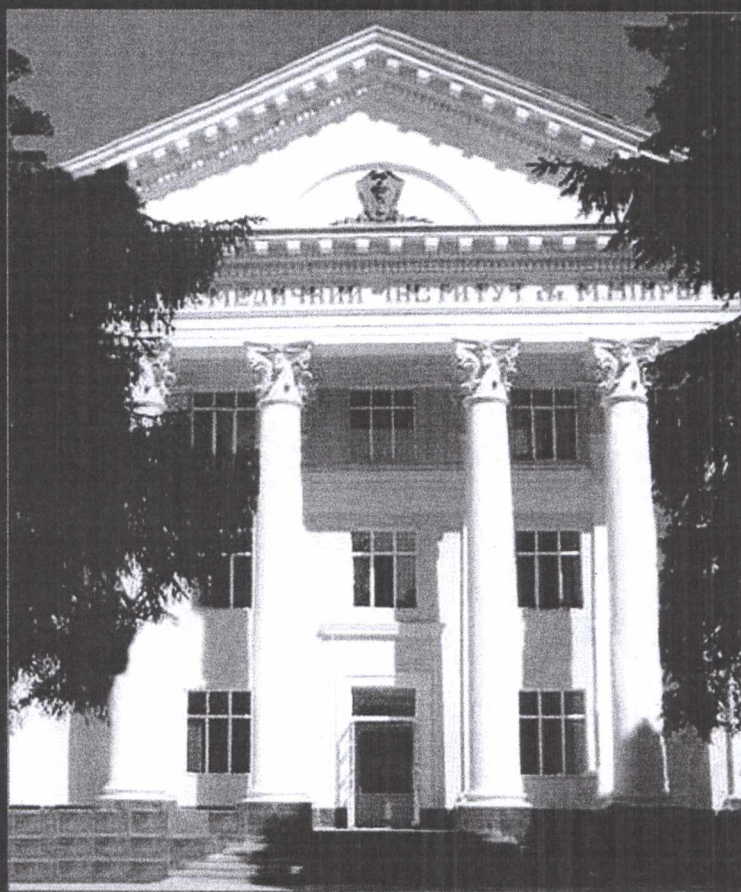


Міністерство охорони здоров'я України  
Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова  
Студентське наукове товариство

Матеріали  
VI Міжнародної наукової конференції  
студентів та молодих вчених  
“Сьогодення та майбутнє медицини”



Вінниця  
2009

Материалы и методы: Проведено исследование цветоразличительной функции органа зрения у 15-ти больных генерализованным парадонтитом I-II ст. с язвенной болезнью желудка и 12 перстной кишки с помощью амелоскопа Раутмана – АН-59. Все обследованные не имели врождённых расстройств цветового зрения.

При обследовании фиксировали момент, когда больной начиная отмечать цветовое различие, в обеих половинках поля зрения прибора, т.е. порог различения красного, зелёного и синего цвета. Исследование проводили трижды на каждый цвет с определением среднего значения. Показатель цветоразличия (N) каждого больного рассчитывали по

формуле  $N = \frac{\omega}{m}$ ; Где  $\omega$  – порог цветового различения исследуемого (в делениях шкалы), m – число делений шкалы

прибора, характеризующее нормальный порог для данного амелоскопа: 4 – для красного цвета, 5 – для зелёного, 6 – для синего.

При  $N < 3$  единицы остроты цветового ощущения оценивали как нормальную, при  $N > 3$  единицы как цветослабость, указывающая на недостаток витаминов.

Результаты исследования: Определение цветовой чувствительности зрительного анализатора у 4 обследованных больных выявлено нарушение цветового различения преимущественно для красного и синего цвета, у 2-х для синего и зелёного, а у 9-ти цветослабость зрительного анализатора определялась на все цветовые каналы. Таким образом, определение порога чувствительности трёх цветопрёмников зрительного анализатора является доступным и простым методом изучения насыщенности витаминами А, В и С в организме больных генерализованным парадонтитом I-II ст. протекающее на фоне язвенной болезни желудка и 12-и перстной кишки, может широко использоваться в клинике.

Т.В. Шестак, А.О. Малаховська

### Анатомо-топографічне обґрунтування ефективності проведення стовбурової анестезії через нижньощелепову вирізку

Кафедра хірургічної стоматології і щелепно-лицевої хірургії  
(науковий керівник - ас. А.О. Малаховська)

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

На 14 черепах, 3 трупах і 20 пацієнтах обох статей, дорослих людей було проведено дослідження, яке включало в себе топографо-анатомічний аналіз підскроневого простору, вирізки нижньої щелепи та м'язової системи обличчя.

Черепи були розділені за індексом цефалізації на 3 групи: доліхоцефали (6), мезоцефали (4) і брахіцефали (4). Предметом дослідження на черепах були анатомічні особливості будови простору вирізки нижньої щелепи. Проводили вимірювання таких розмірів: ширина і висота цього простору, розмір вилицевої дуги, глибина овального отвору відносно до краю вирізки нижньої щелепи і до нижнього краю вилицевої дуги.

Пацієнти за будовою і розвитком м'яких тканин, що вкривають лицевий і мозковий череп були поділені на хамепрозопів (8) і лепрозопів (12). Також у них проводили визначення індексу цефалізації, за яким були поділені на доліхоцефали (7), мезоцефали (6) і брахіцефали (7).

На трупах вивчали пошарову будову підскроневого простору та топографію нижньощелепового нерву.

Для поділу черепів на групи визначали індекс цефалізації. Відповідно черепа людей з індексом цефалізації менше 75 вважаються доліхоцефалами, при індексі цефалізації більше 80 - брахіцефалами, індекс цефалізації між 75 і 80 - мезоцефалами. При вимірюванні ширини і висоти простору вирізки нижньої щелепи було виявлено, що у доліхоцефалічному черепі вирізка широка, але низька, в мезоцефалічному черепі - висока і широка, у брахіцефалічному - висока, але вузька.

Враховуючи проведене дослідження, а також попередні данні літератури відносно стовбурової анестезії через нижньощелепову вирізку можна зробити наступні висновки:

При проведенні цієї анестезії слід враховувати різницю в анатомо-топографічній будові черепів. Оптимальним вважають шлях голки, який проходить через середину відстані між суглобовим і вилицевим відростками нижньої щелепи.

Слід індивідуально підходити до вибору розмірів голок при проведенні стовбурової анестезії біля овального отвору через вирізку нижньої щелепи, оскільки крім форми черепа це також пов'язано з вираженістю м'язової системи обличчя.

