

У 2-х (20%) пацієнтів з геморагічним типом ураження мозку, незалежно від локалізації вогнища, спостерігався гострий стан сплутаності, з вибухами агресії та психомоторним збудженням. У 1 (10%) пацієнта на фоні транзиторної ішемічної атаки спостерігалися симптоми тривожного розладу без будь-яких інших психічних ускладнень, який був також обумовлений вираженістю неврологічного дефіциту.

Таблиця. Нейропсихіатричні ускладнення, асоційовані з інсультом

Психопатологічні розлади	Поширеність	Головні клінічні прояви
Депресія	30%	Пригнічення настрою і апетиту, гіпоактивність, зниження маси тіла, безсоння, соціальна відгороженість
Тривога	100%	Очікування неминучості, внутрішній неспокій, м'язова напруженість
Апатія	30%	Втрата зацікавлень, мотивації і потягів
Судинний делірій	20%	Дезорієнтація, галюцинації та психомоторне збудження
Гострий стан сплутаності	20%	Дезорієнтація, спалахи агресивної поведінки, тривоги, плачу

Таким чином, серед численних нейропсихіатричних ускладнень, що супроводжують ГПМК, найпоширенішими залишаються депресія, апатія, тривога та постінсультні психози. Ці стани часто один щодо одного є взаємопов'язані. Окрім дистресорного впливу, вони асоціюються з певною локалізацією уражень і мають несприятливий вплив на відновлення фізичних функцій. Використання превентивних стратегій щодо інсульту, лікування його нейропсихіатричних симптомів сприятиме поліпшенню прогнозу та якості життя даної когорти пацієнтів.

ТОПОГРАФІЯ ВУСТІВ КОРЕНЕВИХ КАНАЛІВ, ЇЇ ВАРІАНТИ

Мороз Р.Р., Алексєєва Я.О., Васильєва О.Б., Рахінський Д.В.

Наукові керівники: проф. Скрипнікова Т.П., к.мед.н. Хавалкіна Л.М., к.мед.н. Геранін С.І.

*Кафедра післядипломної освіти лікарів-стоматологів
Українська медична стоматологічна академія*

Актуальність. Будова кореневих каналів різних груп зубів значно відрізняється одна від одної. Знання топографії вустів кореневих каналів та її різновиди необхідні при виконанні ендодонтичних маніпуляцій.

Для проведення ендодонтичного лікування існує наступна послідовність дій: розкриття порожнини зуба; виявлення і розширення вусть кореневих каналів; визначення робочої довжини кореневих каналів; меха-

нічна обробка кореневих каналів; медикаментозна обробка; пломбування кореневих каналів.

Мета роботи: виявлення варіантів розташування вустів кореневих каналів, що є важливим етапом в ендодонтичному лікуванні та його наслідків.

Численні дослідження доводять, що в досить великій кількості випадків в зубах є більше число кореневих каналів, ніж прийнято вважати. Зокрема, перші моляри верхньої щелепи в 96% випадків мають 4 кореневі канали, а не 3. У щічно-медіальному корені цих зубів знаходиться додатковий канал, виявлення якого представляє великі труднощі. Це пов'язано з тим, що гирло додаткових каналів часто відкривається не на поверхні дна порожнини зуба, а, як правило, глибше на 1-2 мм. Крім того, ці кореневі канали мають надмалий діаметр і в значній кількості випадків сильно викривлені.

Таким чином, вустя та кореневі канали важко виявити при звичайному візуальному огляді, однак вони (не виявлені) можуть служити джерелом інфікування тканин періодонту зубів і виникнення в них вогнищ хронічного запалення. Тому, їх пошук і ендодонтичне лікування є актуальною проблемою сучасної стоматології.

В доступній літературі з ендодонтії існує достатньо схематичних зображень варіантів розташування вустів кореневих каналів з типовим і не типовим їх розташуванням.

Нами були відпрепаровані 25 видалених зубів (молярів) на яких ми досліджували доступи до вустів кореневих каналів та їх топографію.

При препаруванні каріозних порожнин і створенні доступу до вустів каналів лікар – стоматолог може припуститись певних помилок: нераціональне препарування, коли лікар хоче зберегти тверді тканини зуба, при цьому виникає обмежений доступ до вустів, обмежується поле зору дна пульпової камери, що ускладнює пошук вустів, відповідно вільний доступ у кореневі канали. Але є інша ситуація, коли при препаруванні знімається велика кількість твердих тканин зуба, що призводить до їх послаблення, відлому та перфорації дна і стінок зубу.

Таким чином, для виявлення додаткових кореневих каналів необхідна наявність сучасного ендодонтичного інструментарію, бінокулярної лупи, а при можливості, ендомікроскопа, що зменшує відсоток ускладнень.