

Н.В. Карасевич, О. В. Крицкая, М. А. Чивликлий, Н. А. Мельник // Междунар. неврол. журнал. – 2014. – №4 (66). – С. 7 –15.

2. Шаленко О. В. Немоторные нарушения при болезни Паркинсона, их влияние на качество жизни пациентов / О. В. Шаленко, С. А. Крижановский, И. Н. Карабань // Журн. неврологии и им. Б. Н. Маньковского – 2016. – Т. 4, №4. – С. 38 – 49.

3. Карабань И. Н. Немоторные симптомы в клинической картине болезни Паркинсона / И. Н. Карабань, О. В. Шаленко, С. А. Крижановский // Междунар. неврол. журнал – 2017. – №1 (87). – С. 58 – 63.

4. Крижановский С. А. Применение шкалы Non-Motor Symptoms Scale для оценки немоторных симптомов болезни Паркинсона / С. А. Крижановский, О. В. Крицкая, И. Н. Карабань // – Материалы VI Национального конгресса геронтологов и гериатров Украины «Проблемы старения и долголетия», (м. Київ, 19 – 21 жовтня 2016 р. – К., 2016. – Т. 25 (прилож.) – С. 81-82.

## **ОСОБЛИВОСТІ КЛІНІКО-НЕВРОЛОГІЧНИХ ПОРУШЕНЬ, РІВНЮ СТРЕСОВОЇ ГЛІКЕМІЇ В ПАЦІЄНТІВ У ГОСТРОМУ ПЕРІОДІ ІШЕМІЧНОГО ІНСУЛЬТУ ЗАЛЕЖНО ВІД ПІВКУЛЬНОЇ ЛОКАЛІЗАЦІЇ ВОГНИЩА ІШЕМІЇ**

*Ткаченко-Радогуз Т.В.*

**Науковий керівник: д.мед.н., проф. Литвиненко Н.В.**

*Кафедра нервових хвороб з нейрохірургією та медичною генетикою  
Українська медична стоматологічна академія*

Гостра церебральна патологія та її найпоширеніша форма – ішемічний інсульт (II) на теперішньому етапі є актуальною медико-соціальною проблемою, оскільки займає провідне місце в структурі захворюваності, інвалідизації та смертності населення.

Метою роботи стало виявити особливості клініко-неврологічних порушень, рівень стресової глікемії в пацієнтів у гострому періоді II залежно від півкульної локалізації вогнища ішемії.

Було обстежено 38 пацієнтів, віком від 50 до 72 років (середній вік  $61,8 \pm 1,0$  років) у гострому періоді перебігу II, в яких була виявлена гіперглікемія (на момент поступлення рівень глюкози крові більше 7,0 ммоль/л з подальшою нормалізацією впродовж 72 годин).

Хворим було проведено неврологічний огляд, нейровізуалізаційне обстеження головного мозку (МРТ), консультація ендокринолога (для виключення ендокринної патології), оцінка за шкалою NIHSS, визначення рівня глюкози в крові.

У залежності від локалізації ішемічного вогнища пацієнти були поділені на 2 групи: із локалізацією в лівій півкулі (1-ша група) та правій півкулі (2-га група).

Першу групу склали 21 пацієнт (11 осіб чоловічої статі, 10 жіночої статі). Другу групу - 17 пацієнтів (9 осіб чоловічої статі, 8 жіночої статі). Гру-

пи достовірно не відрізнялись за віком, статтю, об'ємом вогнища ураження.

В другій групі (із локалізацією вогнища ішемії в правій півкулі) встановлені: більш виражені порушення за шкалою NIHSS ( $11,4 \pm 0,4$  балів), порівняно з першою групою (NIHSS  $13,2 \pm 0,4$  балів). У даних пацієнтів також був виявлений вищий рівень стресової глікемії ( $8,5 \pm 0,9$  ммоль/л), у порівнянні з пацієнтами 1 групи ( $7,6 \pm 0,8$  ммоль/л). На 14 день рівень неврологічного дефіциту за шкалою NIHSS в другій групі склав  $12,9 \pm 0,4$  балів, коли в першій групі він становив  $10,9 \pm 0,4$  балів; рівень глюкози нормалізувався в обох групах (1-й –  $7,8$  ммоль/л, 2-й –  $5,5$  ммоль/л).

Таким чином, гострий період II у пацієнтів зі стресовою гіперглікемією та локалізацією вогнища ішемії в правій півкулі характеризується вищим, у порівнянні з пацієнтами, у яких вогнище ішемії локалізоване в лівій півкулі, рівнем неврологічного дефіциту й повільнішою швидкістю його регресу. Рівень глюкози крові в обох групах нормалізувався до 10-14 дня.

## **ЛІКУВАННЯ КОРЕНЕВОГО КАНАЛУ ЗА ОДНЕ ВІДВІДУВАННЯ**

*Торопов О.А., Вельбой О.М.*

**Науковий керівник: к.мед.н., доц. Хміль Т.А.**

*Кафедра післядипломної освіти лікарів-стоматологів*

*Українська медична стоматологічна академія*

Сучасні досягнення науки і практики в ендодонтії дозволяють проводити лікування ускладненого карієсу в одне відвідування.

Зі збільшенням кількості відвідувань при ендодонтичному лікуванні зубів зростає ризик виникнення таких ускладнень як перелом інструментарію, перфорація кореневого каналу, забруднення системи кореневих каналів мікрофлорою ротової порожнини, неповне проходження кореневого каналу.

**Мета роботи:** за допомогою порівняльної характеристики клінічних випадків визначити недоліки і переваги лікування кореневого каналу за одне відвідування.

Односеансне ендодонтичне лікування ми проводили під знеболюванням при пульпітах та при хронічних формах періодонтитів (особливо при наявності норичевого ходу, добре прохідних кореневих каналах).

Ми визначили переваги лікування кореневого каналу за одне відвідування: лікар краще пам'ятає особливості анатомії кореневого каналу після його ендодонтичної обробки; відсутній ризик втрати важливих орієнтирів; збереження чистоти кореневого каналу після ендодонтичної обробки; відсутність ризику раптових загострень, викликаних підтіканням герметичної пов'язки; зуби швидше вдається підготувати до постановки постійної пломби, що дозволяє знизити ризик розколів; пацієнт переносить психологічний дискомфорт і післяопераційну чутливість всього один раз; істотна економія часу пацієнту і лікарю.