

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.

Недоліки ендодонтичної терапії в одне відвідування: неможливість повністю висушити кореневий канал; недолік часу для повного завершення процедури; збільшене навантаження на мускулатуру скронево-нижньощелепного суглоба; сильний психологічний стрес у пацієнта, який пов'язаний з подовженням прийому.

Проведення ендодонтичного лікування за одне відвідування позбавляє пацієнта від лишнього страху, скорочує час лікування.

ЕФЕКТИВНІСТЬ ЛІКУВАННЯ ХРОНІЧНОГО ПРОСТОГО ПУЛЬПІТУ ТИМЧАСОВИХ РІЗЦІВ ВІТАЛЬНИМ МЕТОДОМ З РЕСТАВРАЦІЄЮ

Точилін М.В., Баратинський П.П.

**Науковий керівник: к.мед.н., доц. Шинкевич В.І.,
к.мед.н., доц. Удальцова-Гродзинська К.О.**

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

Сучасна тенденція високотехнологічного лікування тимчасових зубів – досягнення високих естетичних результатів як для постійних, включаючи ендодонтію та реставрацію. Переважним методом лікування хронічного простого пульпіту тимчасових зубів у педіатричній стоматології є ампутація або пульпотомія (щоб уникнути складної роботи у корневих каналах). Але прогноз при використанні різних матеріалів для прямого покриття пульпи дуже різниться. Прогноз для реставрації цих зубів, відповідно, пов'язаний з ендодонтичним.

Мета роботи: аналіз тематичної літератури та клінічного випадку лікування хронічного простого пульпіту верхніх тимчасових різців з їх прямою реставрацією у пацієнта 3,5 років, шляхом спостереження протягом 3 років, для вирішення питання про оптимальний метод.

Для тематичного аналізу літератури використано базу даних Академія Google.

Клінічний випадок полягав у лікуванні хронічного простого пульпіту верхніх тимчасових різців, зруйнованих карієсом більше ніж на 1/2 коронки, методом вітальної ампутації, під місцевою анестезією, чому сприяла висока кооперація з дитиною і наполегливе побажання батьків. Факторами ризику карієсу у пацієнта були дистальний прикус і глибоке перекриття у фронтальній ділянці. Після ампутації пульпи в устьовій частині і спонтанного гемостазу, для прямого покриття культі використано МТА (Триоксидент, Владміва), який перекрито ізолюючим лайном Джен-Лайн ЛЦФ (Джендентал, Україна), і реставрацією за допомогою стріп-коронки. Через півроку в одному з центральних різців розвинулося загострення хронічного періодонтиту, і випала реставрація з латерального, що призвело до повторного ендодонтичного лікування і нової реставрації. Через 4 місяці дитина отримала травму центральних різців з повним відламом коронки одного і, через місяць, з розвитком загострення хронічного періодонтиту іншого