

УЖГОРОДСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ

# **АКТУАЛЬНІ ПИТАННЯ ПРОФІЛАКТИКИ І ЛІКУВАННЯ СТОМАТОЛОГІЧНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ**



**МАТЕРІАЛИ НАУКОВО-ПРАКТИЧНОЇ  
КОНФЕРЕНЦІЇ СТОМАТОЛОГІВ ЗАКАРПАТТЯ  
З МІЖНАРОДНОЮ УЧАСТЮ  
16-17 квітня 2010 року**

УдК 616.31/.317 (063)  
ББК Р 66 Л(0)  
А-43

**Редакційна колегія:**

д.м.н., професор *Казакова Р.В.*  
к.м.н., доцент *Добровольська М.К.*  
к.м.н., доцент *Жеро Н.І.*  
асистент *Джупіна С.М.*

Матеріали науково-практичної конференції стоматологів Закарпаття з міжнародною участю «Актуальні питання профілактики і лікування стоматологічних захворювань» (16-17 квітня 2010 року). – Ужгород: Ужгородський національний університет, 2010. – 420 с.

Матеріали конференції присвячені вивченню нових методів профілактики і лікування стоматологічних захворювань в області терапевтичної, дитячої, хірургічної стоматології, дентальної імплантології, розгляду актуальних питань онкології в стоматології та впровадження їх в широку практику лікарів-стоматологів.

**Наукові рецензенти:**

доктор медичних наук, професор *Переста Ю.Ю.*  
доктор медичних наук, професор *Заблоцький Я.В.*  
доктор медичних наук, професор *Андрій Єнча*  
кандидат медичних наук, доцент *Угрин М.М.*

© Переста Ю.Ю., Заблоцький Я.В.,  
Андрій Єнча, Угрин М.М., 2010  
© Ужгородський національний університет,  
2010

ISBN 978-966-347-060-3

**ЗМІСТ**

- 1. ПРОТОКОЛ ІНФОРМУВАННЯ СТОМАТОЛОГІЧНОГО ХВОРОГО ТА ВІЗУАЛІЗАЦІЯ ПЛАНУ СТОМАТОЛОГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ ЗА ДОПОМОГОЮ СПЕЦІАЛЬНО РОЗРОБЛЕНОЇ КОМП'ЮТЕРНОЇ ПРОГРАМИ СТОМАТОЛОГІЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ "ГАЛЕРЕЯ" ЯК ЗАСОБИ МОТИВАЦІЇ ПАЦІЄНТІВ ДО СКЛАДНОГО ТА ДОВГОТРИВАЛОГО ЛІКУВАННЯ ІЗ ЗАСТОСУВАННЯМ ДЕНТАЛЬНИХ ІМПЛАНТАТІВ ТА КІСТКОВОЇ ПЛАСТИКИ**  
*Я. Заблоцький*  
д.м.н., професор кафедри ортопедичної стоматології Львівського національного медичного університету імені Данила Галицького Міжнародний Альянс імплантологів, м. Київ  
*О. Доценко*  
Центр стоматологічної імплантації "Клініка Заблоцького", м. Київ,  
*Н. Сайко*  
Стоматологічний Центр "Клініка Заблоцького", м. Львів ..... 31
- 2. ПРЕВЕНТИВНЕ РОЗШИРЕННЯ ДІЛЯНКИ ІМПЛАНТАЦІЇ ПРИ ЗАМІЩЕННІ ДЕФЕКТІВ ЗУБНИХ РЯДІВ, ОБМЕЖЕНИХ ЕНДОДОНТИЧНО ЛІКОВАНИМИ ЗУБАМИ**  
*Дидик Наталія Михайлівна, к.м.н.*  
Кафедра ортопедичної стоматології  
Львівського національного медичного університету імені Данила Галицького (завідувач кафедри – професор, д.м.н. *Максєв В.Ф.*)  
Стоматологічний центр "Клініка Заблоцького" (керівник – д.м.н., проф. кафедри ортопедичної стоматології ЛНМУ імені Данила Галицького *Заблоцький Я.В.*) ..... 33
- 3. НОВІТНІ ТЕХНОЛОГІЇ В ІМПЛАНТОЛОГІЇ**  
д.м.н., професор *Живчак Й.*, *Гудак Р.*, д.м.н., професор *Єнча А.*  
Кошицький технічний університет (Словацьчина)  
клініка щелепно-лицевої хірургії та стоматології Кошицького медичного університету ім. П.Й. Шафарика (Словацьчина)  
Пряшівський університет (Словацьчина) ..... 33
- 4. СИСТЕМА МЕДИЧНОГО СТРАХУВАННЯ В СЛОВАЧЧИНІ**  
*Korená, E., Džupa, P., Mogyliuk, V. J., PETRAMED, s.r.o., Slovenských dobrovoľníkov 984, 022 01 Čadca, Slovensko* ..... 38
- 5. ДЕЗИНФЕКЦІЯ СТЕРИЛІЗАЦІЯ І ЛІКВІДАЦІЯ СМІТТЯ В СТОМАТОЛОГІЧНОМУ КАБІНЕТІ**  
*Graňová, A., Džupa, P., Mogyliuk, V. J., PETRAMED, s.r.o., Slovenských dobrovoľníkov 984, 022 01 Čadca, Slovensko* ..... 40

171. **ОРГАНІЗАЦІЙНІ ТА КЛІНІЧНІ АСПЕКТИ НАДАННЯ СТОМАТОЛОГІЧНОЇ ДОПОМОГИ ДИТЯЧОМУ НАСЕЛЕННЮ ЗАКАРПАТТЯ**  
 Переста Ю.Ю., Жеро Н.І., Дячук Е.Й., Глеба Л.А., Пруц Г.Ч.  
 Ужгородський національний університет  
 Стоматологічний факультет ..... 379
172. **СТОМАТОЛОГІЧНА ДОПОМОГА І ЯКІСТЬ ЖИТТЯ ОНКОЛОГІЧНИХ ХВОРИХ, ЯКІ ОТРИМАЛИ ПРОТИПУХЛИННУ ХІМІОТЕРАПІЮ**  
 Жеро Н.І., Заячук І.П., Сливка В.І., Джуліна С.М., Яловий І.П., Щаліна С.Ю.  
 Стоматологічний факультет Ужгородського національного університету  
 Дніпропетровська обласна стоматологічна поліклініка ..... 380
173. **САНИТАРНА ОСВІТА – СКЛАДОВА ПЕРВИННОЇ ПРОФІЛАКТИКИ СТОМАТОЛОГІЧНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ**  
 Дячук Е.Й., Мельник В.С.  
 УжНУ, стоматологічний факультет,  
 кафедра дитячої стоматології ..... 381
174. **УСКЛАДНЕННЯ У ХВОРИХ, ЯКІ ВИКОРИСТОВУЮТЬ ЧАСТКОВІ ЗНІМНІ КОНСТРУКЦІЇ ЗУБНИХ ПРОТЕЗІВ**  
 Локота Є.Ю., Гелей В.М., "Бульбук О.І." – кафедра хірургічної стоматології,  
 Добровольська М.К. – кафедра терапевтичної стоматології,  
 Ужгородський національний університет,  
 Кольба О.О. – кафедра терапевтичної стоматології,  
 Тернопільський державний медичний університет  
 ім. І.Я. Горбачевського ..... 383
175. **РЕЗУЛЬТАТИ СТОМАТОЛОГІЧНОГО ОБСТЕЖЕННЯ ХВОРИХ З ПАТОЛОГІЄЮ ШЛУНКОВО-КИШКОВОГО ТРАКТУ ТА ГЕПАЛОБІЛІАРНОЇ СИСТЕМИ**  
 Добровольська М.К., Джуліна С.М., Пруц Г.Ч., Дячук Е.Й., Локота Є.Ю.  
 Стоматологічний факультет  
 Ужгородський національний університет ..... 385
176. **ЗАСТОСУВАННЯ ІНТРАЛІГАМЕНТАРНОЇ АНЕСТЕЗІЇ ДЛЯ ВИДАЛЕННЯ ЗУБІВ**  
 Локота Є.Ю., Рожко М.М., Кононенко Ю.Г., Палійчук І.В., Локота Ю.Є., Семенюк О.Ю.  
 Ужгородський національний університет, м. Ужгород, Україна  
 Івано-Франківський національний медичний університет,  
 Україна ..... 386
177. **ОБЛІГАТНА ТА ТРАНЗИТОРНА МІКРОФЛОРА РОТОВОЇ ПОРОЖНИНИ, ЯК УНІВЕРСАЛЬНИЙ ІНДИКАТОР ЗДОРОВ'Я ПНГІВИ**

- Брехлійчук П. П.  
 Ужгородський національний університет  
 Кафедра хірургічної стоматології ..... 388
178. **СТОМАТОЛОГІЧНИЙ СТАТУС ДІТЕЙ М. УЖГОРОД**  
 Лучинський М.А., Дячук Е.Й., Лучинський В.М., Гончар Ю.І.  
 Ужгородський національний університет ..... 390
179. **КОМПЛЕКСНЕ ЛІКУВАННЯ ПЕРІКОРОНАРИТУ І ПЕРІОСТИТУ НИЖНІХ ТРЕТІХ МОЛЯРІВ**  
 В.М. Гелей  
 Ужгородський національний університет, стоматологічний факультет ..... 391
180. **ОБГРУНТУВАННЯ ЗАСТОСУВАННЯ МІНЕРАЛЬНИХ ВОД ДЛЯ ЛІКУВАННЯ СТОМАТОЛОГІЧНИХ ХВОРИХ З СУПУТНЬОЮ ПАТОЛОГІЄЮ ШЛУНКОВО-КИШКОВОГО ТРАКТУ ТА ГЕПАТОБІЛІАРНОЇ СИСТЕМИ**  
 Лемко І.С., Гайсак М.О., Джуліна С.М.  
 Ужгородський національний університет  
 Стоматологічний факультет  
 НПО "Реабілітація", м. Ужгород ..... 393
181. **ПАТОМОРФОЛОГІЯ ГРИПУ А/Н1N1/ В УМОВАХ СУЧАСНОЇ ЕПІДЕМІЇ В ЗАКАРПАТСЬКІЙ ОБЛАСТІ**  
 Доц. Мігляр В.Г., ас. Сливка В.І.  
 Ужгородський національний університет ..... 394
182. **АНАЛІЗ ПОКАЗНИКІВ ЗАХВОРЮВАНОСТІ ОРГАНІВ ТРАВЛЕННЯ НАСЕЛЕННЯ ЕНДЕМІЧНОГО РЕГІОНУ В ТРЬОХ БІОГЕОХІМІЧНИХ ЗОНАХ**  
 Керещман А.О., Фера О.В., Єрем Т.В.  
 Кафедра соціальної медицини, гігієни з курсом історії медицини,  
 медичний факультет, Ужгородський національний університет,  
 м. Ужгород, Україна ..... 397
183. **КРІОГЕННА ДІЯ ЯК ОРГАНОЗБЕРІГАЮЧИЙ МЕТОД ПРИ ЛІКУВАННІ ХВОРИХ З ПЕРЕДРАКОВИМИ ЗАХВОРЮВАННЯМИ ГУБ**  
 Проф. Калій В.В., проф. Светицькій П.В.  
 Кафедра променевої методів діагностики, клінічної онкології,  
 анестезіології, інтенсивної терапії та медицини невідкладних станів,  
 Факультет післядипломної освіти, Ужгородський національний університет, Миський онкологічний центр, Ужгородська центральна міська клінічна лікарня, Ростовський науково-дослідний онкологічний інститут ..... 398
184. **РОЛЬ ТИРЕОЇДНОГО ІНДЕКСУ В ПРОГНОЗУВАННІ ЕФЕКТИВНОСТІ ХІМІОТЕРАПІЇ У ХВОРИХ НА РАК СЛИЗОВОЇ ОБОЛОНКИ ПОРОЖНИНИ РОТА ТА РОТОГЛОТКИ**

**Таблиця 1**

| Рівень гігієнічних знань                      | Розподіл пацієнтів за результатами огляду |                       | Гігієнічний стан порожнини рота |
|---|---|-----------------------|---------------------------------|
|   | Абсолютне число                           | % до загального числа |                                 |
| Інтегрований показник рівня гігієнічних знань |   |                       | Г І (Федорова-Володкіної)       |
| 0,7-1,0 (добре)                               | 23  | 6,2                   | 1,0-1,2 (добрий)                |
| 0,5-0,7 (задов.)                              | 118                                       | 31,4                  | 1,3-1,5 (недостатній)           |
| Менше 0,5 (погані)                            | 235                                       | 62,4                  | 1,6-2,0 (поганий)               |

Залежність між рівнем знань дорослого населення з питань гігієни порожнини рота і гігієнічним станом порожнини рота (опитано і оглянуто 376 чол.)

**Таблиця 2**  
Залежність стану зубів і пародонта від гігієнічного стану порожнини рота (оглянуто 222 жінки і 154 чоловіків)

| Гігієнічний стан порожнини рота | Розп. пацієнтів за результатами дослідження |                 | Стан зубів  | Стан парадонта        |
|---------------------------------|---|-----------------|-------------|-----------------------|
|                                 | Абс. число                                  | % до заг. числа |             |                       |
| <b>ЖІНКИ</b>                    |   |                 |             |                       |
| Г І Федорова-Володкіної         |   |                 | Індекс КПУз | Парадонтальний індекс |
| 1,0-1,3 (добре)                 | 98  | 44,3            | 10,6        | 0,6                   |
| 1,4-1,9 (недостатньо)           | 73  | 33,1            | 14,1        | 0,9                   |
| 2,0 і більше (погано)           | 51  | 22,6            | 13,1        | 1,2                   |
| <b>ЧОЛОВІКИ</b>                 |   |                 |             |                       |
| 1,0-1,3 (добре)                 | 62  | 40,2            | 7,2         | 0,8                   |
| 1,4-1,9 (недостатньо)           | 40  | 26,1            | 8,1         | 1,5                   |
| 2,0 і більше (погано)           | 52  | 33,7            | 11,3        | 1,8                   |

#### Висновок

Дослідження показало пряму і високу залежність між станом зубів, парадонта і рівнем гігієнічних знань.

Правильний догляд за порожниною рота є одним із важливих показників санітарної культури населення, складовим компонентом здорового способу життя.

Для підвищення ефективності санітарної освіти (гігієнічного навчання і виховання) з питань стоматології потрібно залучати ЗМІ, батьків, персонал дитячих установ, шкіл.

### УСКЛАДНЕННЯ У ХВОРИХ, ЯКІ ВИКОРИСТОВУЮТЬ ЧАСТКОВІ ЗНІМНІ КОНСТРУКЦІЇ ЗУБНИХ ПРОТЕЗІВ

Локота Є.Ю, Гелей В.М., \*Бульбук О.І\* - кафедра хірургічної стоматології,

Добровольська М.К. – кафедра терапевтичної стоматології, Ужгородський національний університет

Кольба О.О. – кафедра терапевтичної стоматології, Тернопільський державний медичний університет ім.І.Я.Горбачевського

Вивчення літератури показує, що кількість хворих, яким необхідно виготовляти знімні конструкції зубних протезів, зростає. Із збільшенням кількості знімних конструкцій зубних протезів зростає і кількість ускладнень від їх використання. З метою вивчення кількості і характеру ускладнень у хворих, які використовують часткові знімні конструкції зубних протезів з акрилових пластмас впродовж різного проміжку часу, проведено їх обстеження. Оглядалися пацієнти, які зверталися до нас з метою поправок базисів протезів, а також за запрошеннями. Проведено обстеження 1431 пацієнта, які користувалися різний проміжок часу знімними конструкціями зубних протезів із акрилових пластмас.

**Результати дослідження.** Аналізуючи отримані дані при вивченні ускладнень хворих, які використовували часткові знімні пластинкові протези з акрилових пластмас, можна зробити висновок про значну їх кількість. Так, запальні захворювання СОПР у всіх обстежених становили 75,47±5,42%. Протезні стоматити виявлено в 38,74±8,91% чоловіків та 36,06±8,52% жінок. Травматичні пошкодження СОПР мають тенденцію до росту від групи 15-24 роки (0,13±0,01%) до групи 55-64 роки (9,06±1,06%), а в наступних двох групах, відповідно, становлять 6,92±0,66% та 1,76±0,05%. Ми пояснюємо це тим, що в групі 55-64 найбільше виготовляють часткових знімних пластинкових протезів тоді як у старших групах переважно виготовляються повні знімні конструкції зубних протезів. Нами також відмічено, що слизова порожнини рота страждає більше при використанні часткових знімних зубних протезів. З отриманих даних можна заключити, що травматичні пошкодження СОПР у жінок (11,45±1,63%) вище, ніж у чоловіків (10,82±1,47%). Отримані дані ще раз підтверджують, що при використанні часткових знімних протезів відсоток пошкоджень слизової 14,47±3,42% вищий у порівнянні з тими при використанні повних знімних зубних протезів (7,63±0,79%). При використанні часткових знімних протезів відсоток травматичних пошкоджень слизової в чоловіків і жінок відповідно становив 6,54±0,59% та 7,92±0,84%. Збільшення кількості знімних конструкцій зубних протезів з акрилових пластмас та використання застарілих методів їх виготовлення приводили до поломки базисів. Так, часті поломки базисів протезів ми констатували у 62,77±8,64% від загальної кількості обстежених, що

надавичайно вражас, адже за сумою кожен другий хворий звернувся до нас з причини поломки базису протеза. Кількість поломок базисів протезів у чоловіків склала  $33,96 \pm 7,96\%$  від загальної кількості обстежених і був дещо нижчий, ніж у жінок і становив  $28,68 \pm 6,62\%$ . При використанні часткових знімних протезів відсоток поломок склав  $28,81 \pm 6,65\%$ . На нашу думку однією з основних причин, якщо не основною, частих поломок базисів протезів є порушення технології полімеризації акрилових пластмас. Так, порушення технології полімеризації ми виявили у  $57,36 \pm 9,47\%$  обстежених, у чоловіків та жінок цей відсоток відповідно становив  $31,07 \pm 7,26$  та  $26,16 \pm 5,90$ . Порушення технології полімеризації при виготовленні часткових знімних протезів становить  $25,62 \pm 6,92\%$ . До поломок базисів протезів приводять також помилки при виборі їх конструкцій. Помилки при виборі конструкцій знімних зубних протезів були допущені найбільше у групі 55-64 роки і становили  $4,04 \pm 0,28\%$  обстежених. Ще більший відсоток помилок був допущений при виборі конструкцій часткових знімних протезів у  $6,16 \pm 0,53\%$  випадків. Виходячи з результатів, помилки при виборі конструкцій знімних протезів займають друге місце після порушень технології полімеризації акрилових пластмас і не приводять так часто до поломок базисів знімних зубних протезів. Ще менше приводять до поломок базисів протезів помилки, які допущені при неврахуванні анатомічних особливостей у будові піднебінного турса.

**Висновок.** Отже, кількість хворих, яким необхідно виготовляти нові протези, постійно зростає. До ускладнень при протезуванні частковими знімними пластинковими протезами приводять, у першу чергу, порушення технології полімеризації: використання методу формування пластмасового тіста компресійним способом, використання для полімеризації водяної бані, порушення часового і температурного режиму та інші. До частих поломок приводять також помилки, які допущені на етапі планування та вибору конструкції знімного протеза, а також ігнорування лікарями ситуацій, пов'язаних із хворими, в яких виражений піднебінний турс. Всі ці помилки та недоліки різко знижують якість знімних протезів, що виготовляються, скорочують термін їх використання.

#### Література

1. Гамзадзе М.М. Медицинские изделия из полимерных материалов / М.М. Гамзадзе // Медицинская техника. -1981. -Т.14, № 2. - С. 16-20.
2. Локота Є. Ю. Устройство для литья съёмных пластинчатых протезов из акриловых пластмасс/ Є. Ю.Локота, В. М.Павлюк // Методика, диагностика, -С.263-264.
3. Локота Є. Ю. Технології та якості виготовлення знімних конструкцій протезів із акрилових пластмас/ Є. Ю.Локота, Г. З.Парасюк, О. І. Бульбук // Вісник стоматології. -Одеса. -2000. - № 5 (29). -С. 164-165.
4. Павленко А. В. Клинико-экспериментальная оценка усовершенствованных методов изготовления зубных пластинчатых протезов/ А.В.Павленко; Автореф. дисс. ... докт. мед. наук: 14.00.21 /Киевск. мед. ин-т им. О. О. Богомольца. -Киев, 1989. -32 с.
5. Рожко М. М. Клініко-експериментальне обґрунтування нових методів лікування знімними конструкціями зубних протезів/ М.М. Рожко; Автореф. дис. ... докт. мед. наук: 14.00.21/ Укр. держ. мед. унів. ім.О. О. Богомольца.-Київ, 1993. -30 с.

## РЕЗУЛЬТАТИ СТОМАТОЛОГІЧНОГО ОБСТЕЖЕННЯ ХВОРИХ З ПАТОЛОГІЄЮ ШЛУНКОВО-КИШКОВОГО ТРАКТУ ТА ГЕПАЛОБІЛІАРНОЇ СИСТЕМИ

Добровольська М.К., Джупіна С.М., Пруц Г.Ч., Дячук Е.Й., Локота Є.Ю.

Стоматологічний факультет  
Ужгородський національний університет

Організм людини слід розглядати як єдину цілісну систему, складовою частиною якої є комплекс органів зубо-щелепної ділянки. Остання є початком травної системи зі взаємозалежним обміном речовин з притаманною для неї нервово-рефлекторною регуляцією, імунними механізмами захисту.

Враховуючи контингент хворих, що звертались за консультацією і лікуванням, ми вирішили провести стоматологічне обстеження хворих з патологією шлунково-кишкового тракту і гепатобіліарної системи м. Ужгорода.

Проведено обстеження 87 пацієнтів віком 18-62 років. Серед них 52 жінки і 35 чоловіків з різних геобіохімічних зон Закарпаття. В своєму дослідженні ми використовували метод суб'єктивного і об'єктивного клінічного дослідження із застосуванням індексної оцінки розповсюдженості і інтенсивності ураження твердих тканин зубів, пародонта та слизової оболонки порожнини рота.

**Результати обстеження.** Опитування виявило скарги на наявність симптомів ураження твердих і м'яких тканин органів ротової порожнини, відсутність знань щодо раціонального харчування, водопостачання та гігієнічного догляду за ротовою порожниною.

Розповсюдженість карієсу у середньому складала  $97,1\% \pm 2,8\%$ . Індекс КПВ дорівнював  $15,24\% \pm 0,41\%$ .

У 68 пацієнтів (78,7%) спостерігались ознаки хронічного запалення ясен, що супроводжувались змінами їх кольору на ціанотичний, кровоточивість та набряком. У 6 пацієнтів гіпертрофія ясенних сосочків досягала 1/3-1/2 висоти коронок зубів, проба Шилера-Писарєва була позитивною у 100% випадків, індекс ПМА у середньому дорівнював  $38,2\% \pm 1,59\%$ , пародонтальний індекс Russel (PI) -  $2,08 \pm 0,04$ , комплексний пародонтальний індекс КПІ складав  $1,51 \pm 0,05$ .

Суттєвими були зміни з боку слизової оболонки рота. У 15 хворих з гастритом на фоні підвищеної секреторної функції шлунка відмічався нальот на язичку сірого кольору та гіперплазія сосочків.

При хронічному гіпоацидному гастриті сосочки язика 18 пацієнтів були в стані гіпоплазії, покриті невеликою кількістю нальоту.

У 12 хворих з виразкою дванадцятипалої кишки спостерігались десквамація епітелію язика, ерозування його поверхні, печія і парестезія, набряк і відбитки зубів на його поверхнях.

У хворих з хронічними гастритами на фоні  $V_{12}$ -фолієводефіцитної анемії спостерігали зміну кольору слизової оболонки на яскраво-червоний і повну відсутність ниткоподібних і грибовидних сосочків, порушення смакової чутливості.

У 5 хворих з проблемами у гепатобіліарній системі спостерігали іктеричність м'якого піднебіння і язичка, гіперестезію язика, особливо у вечірній час, десквамацію епітелію на боковій поверхні і спинці у вигляді окремих плям. У цієї

студентів. За дослідженнями встановлено спектр представників мікрофлори ротової порожнини в даній обстежуваній групі, що не відповідає критеріям "здоров'я ротової порожнини" озвученим в літературних джерелах. Дане дослідження є початком ряду наукових проєктів по встановленню причин відбитків протезів, деяких імунологічних аспектів локальної вигодовленості з ротової порожнини та слизової на якій вона персистує.

### СТОМАТОЛОГІЧНИЙ СТАТУС ДІТЕЙ М.УЖГОРОД

Лучинський М.А., Дячук Є.Й., Лучинський В.М., Гончар Ю.І.  
Ужгородський національний університет

Ефективність програм профілактики залежить від системності підходу до оцінки стану здоров'я населення, впливу на керовані та можливості підходу до некерованих чинників середовища. Для розробки та корекції багаторівневої програми профілактики захворювання, в тому числі і стоматологічної, необхідний постійний моніторинг епідеміологічної ситуації в певних регіонах.

За даними І.П.Горзова (1991) у дітей Закарпаття спостерігається високий рівень поширеності та інтенсивності карієсу зубів, а вміст фтору в питній воді трьох біогеохімічних зон Закарпаття надто низький. Серед обстежених питних об'єктів у 55 % виявили лише сліди фтору у воді, у 45 % джерел його вміст становив 0,2-0,5 мг/л. Рівень йоду у воді питних об'єктів низинної зони наближається до показників норми (4,08±0,64 мкг/л – 4,47±0,65 мкг/л). У питній воді передгірських і прських районів вміст йоду значно нижчий (відповідно 1,48±0,15 мкг/л – 1,87 мкг/л і 1,00±0,08 мкг/л – 1,40±0,1 мкг/л,  $p < 0,05$ ).

Тому, метою нашого дослідження було визначення стоматологічного статусу у дітей Закарпатської області, які проживають в різних клімато-географічних та біохімічних зонах регіону.

На першому етапі були обстежені 5-6-річні діти м.Ужгорода, які відвідують дитячі дошкільні заклади. Всього було обстежено 562 дитини. Обстеження проводилось в "Клініці дентальної гігієни" стоматологічного факультету Ужгородського національного університету. Перед обстеженням всіх дітей навчали правилам гігієнічного догляду за порожниною рота.

Результати епідеміологічного обстеження свідчать, про високу, згідно критеріїв ВООЗ, поширеність карієсу зубів у 5-6річних дітей м.Ужгорода (98,24%), при інтенсивності ураження за індексом КРВ+кл 4,56±0,68 каріозного зуба. Необхідно відмітити, що уже в 6-річному віці у дітей спостерігається карієс постійних зубів (27,3% обстежених), при інтенсивності ураження карієс каріозного зуба. Виявлено також, що більшість дітей не володіють навиками гігієнічного догляду за порожниною рота, тільки 14% дітей чистять зуби двічі на день і то більшість з них нерегулярно, 58% – 1 раз в день, а 28% чистять зуби нерегулярно. Викликає занепокоєння і той факт, що у 27,03% дітей наявні зубощелепові аномалії та деформації.

Таким чином, потрібно відмітити, що у обстежених дітей спостерігається висока поширеність стоматологічних захворювань, що вимагає негайного проведення комплексу лікувально-профілактичних заходів, вивчення чинників

390

ризиків виникнення патології та розробки комплексної програми профілактики стоматологічних захворювань.

### КОМПЛЕКСНЕ ЛІКУВАННЯ ПЕРІКОРОНАРИТУ І ПЕРІОСТИТУ НИЖНІХ ТРЕТІХ МОЛЯРІВ

В.М.Гелей

Ужгородський національний університет, стоматологічний факультет

**Вступ.** За даними багатьох вітчизняних та зарубіжних авторів утруднене прорізування нижніх третіх молярів зустрічається у 65% пацієнтів. Протягом останнього десятиліття проблема є актуальною. Недуга найчастіше виникає у пацієнтів зі зниженим рівнем загального і місцевого імунітету. Суттєву роль відіграє і мікрофлора ротової порожнини, а також нестача місця для третіх молярів. Перелічені причини часто приводять до перікоронариту і періоститу.

Зважаючи на проблеми ми поставили перед собою **мету** розробити лікувальний поетапний комплекс, який би сприяв повноцінному перебігу запальної реакції, попередженню ускладнень, прискореному одужанню хворого і його повноцінній реабілітації.

**Матеріали і методика.** Під нашим спостереженням знаходилося 17 пацієнтів віком від 18 до 30 років. Серед них було 10 осіб чоловічої і 7 – жіночої статі. 12 молярів.

Пацієнти скаржились на погіршення загального стану, біль в ділянці кута нижньої щелепи, обмежене відкриття рота, неприємний запах із ротової порожнини, підвищення температури тіла до 38,5°C, асиметрію обличчя за рахунок набряку з ураженої сторони, болючість збільшених під-щелепових лімфовузлів, гіперемію слизової в ділянці нижніх третіх молярів, наявність флюктуації при пальпації. Об'єктивно: згладженість перехідної складки, спостерігалися кісткові кішени, а методом панорамної рентгенограми визначалась локалізація зародку третього моляра та можливі варіанти його прорізування.

План індивідуального лікування складався враховуючи положення зуба в щелепі, наявність місця для прорізування, стан м'яких тканин та кісткової основи хворого.

Нами запропонований поетапний метод комплексного лікування:

- під інфільтраційною анестезією проводилось висічення капюшона з наступними аплікаціями 0,03% розчину мірамістину; в середину на фоні дренажної терапії пімфоміозотом по 10 крапель 3 рази на день за 30 хвилин до раз на день через 30 хвилин після їди; місцево застосовували аплікації дентагелем на уражену зону, після прийому їжі;

- при наявності періоститу та відсутності місця для подальшого прорізування зуба після проводникової анестезії проводилось атипове видалення нижнього

391

третього моляра, обробка рани 0,03% розчином мірамистину; всередину призначався: полімік по 1т. 2 рази на добу, через 2 години після їди; серрата – по 1 т. 3 рази на добу незалежно від прийому їжі; полоскання відваром ромашки після їди.

В якості контрольних тестів були вибрані клінічні критерії: тривалість больової реакції, утворення грануляцій, відновлення функції щелепи, вираженість та тривалість набряку м'яких тканин, швидкість епітелізації раневої поверхні та методом планіметрії Л.Н.Попової, строки післяопераційного періоду.

**Результати та їх обговорення.** У 97% пацієнтів вже на другий день після хірургічного втручання зникали болючість, гіперемія, набряк м'яких тканин, неприсмний запах. На третій день з'являлись ознаки грануляційної тканини і відновлення функції нижньої щелепи, нормалізувався загальний стан організму і температурна реакція. Планіметрія рани свідчила про активний перебіг регенерації рани.

А в 3% пацієнтів спостерігалось пізніше зникнення місцевої больової реакції, набряк і гіперемія рани, поява грануляцій. Відновлення функції нижньої щелепи, в середньому на 3,4 +/- 0,1 дня було довшим. Планіметрія рани свідчить про його температурної реакції запізнювалась в середньому на 4,8 +/- 0,2 дня.

Проведені нами клінічні та рентгенологічні дослідження дозволили зробити висновки, що отримані результати свідчили про ефективність зробити лікування перикоронариту і періоститу, методики якого рекомендовано на впровадження в практику хірурга – стоматолога.

#### Література

1. В.С.Агапова, С.Д.Арутюнова, В.В.Шулакова. Инфекционные воспалительные заболевания челюстно-лицевой области. – 2004г.
2. Н.Н.Бажанов. Стоматология. – 1984г.
3. Беккер Вернер. Антигомотоксическая медицина в стоматологии. Арнебия. – 2005г.
4. Ю.И.Бернадский, Н.И.Заславский, Г.П.Бернадская. Гнойная челюстно-лицевая хирургия. 1983г.
5. І.П.Горзов. Ускладнення утрудненого прорізування нижнього зуба мудрості. 2001р.
6. В.А.Козлов. Хирургическая стоматологическая помощь в поликлинике. – 1985г.
7. А.А.Тимофеев. Руководство по челюстно-лицевой хирургии. –1997г.
8. Український стоматологічний альманах №2. –2009р.
9. Комплексне лікування хворих з флегмонами обличчя. А.В.Харьков, Л.Н.Яковенко. Справочник хирурга-стоматолога. –2008г.
10. С.І.Черкашин. Основи стоматології і щелепно-лицевої хірургії. 2003р.
11. А.Г.Шаргородский. Воспалительные заболевания челюстно-лицевой области и шеи. –1985г.

### ОБҐРУНТУВАННЯ ЗАСТОСУВАННЯ МІНЕРАЛЬНИХ ВОД ДЛЯ ЛІКУВАННЯ СТОМАТОЛОГІЧНИХ ХВОРИХ З СУПУТНЬОЮ ПАТОЛОГІЄЮ ШЛУНКОВО-КИШКОВОГО ТРАКТУ ТА ГЕПАТОБІЛІАРНОЇ СИСТЕМИ

392

Лемко І.С., Гайсак М.О., Джупіна С.М.  
Ужгородський національний університет  
Стоматологічний факультет  
НПО "Реабілітація" м. Ужгород

Незважаючи на значні успіхи сучасної фармакології та розширення спектру медикаментів з високою селективністю, специфічністю і цілеспрямованістю впливу на тонкі етіопатогенетичні механізми захворювань, сьогодні спостерігається погіршення показників здоров'я населення, що проявляється зростанням рівня загальної захворюваності, хронізацією більшості патологічних процесів. Ці тенденції можуть бути пов'язані із багатьма чинниками і потребують пошуку нових методичних підходів до тактики лікування хворих в цілому і їх повноцінної реабілітації.

Одним із таких факторів, на фоні яких спостерігається значний ріст стоматологічної патології є хронічні загальносоматичні захворювання. Тривалий перебіг хронічних захворювань травної системи та часті загострення призводять до порушення усіх видів обміну (М.М.Руденко, 1992), зниження імунологічної реактивності (Павленко Н.В., 1994), що сприяє розвитку карієсу та запальних змін у тканинах пародонта ( О.І.Остапко, 1994). За даними різних авторів розповсюдженість карієсу у пацієнтів з хронічними захворюваннями органів травлення (ХЗОТ) сягає 78-100% (Н.І.Смоляр, 1991; Е.М.Мельниченко, 1993; О.І.Остапко, 1994), а захворювань тканин пародонта – 94-100% (Л.А. Хоменко, І.М. Голубева, 1998; А.А.Удод та соавт., 1998). Наукове обґрунтування вирішення даних проблем особливо актуальне в умовах природного дефіциту фтору та йоду Закарпатського регіону.

Для лікування стоматологічних хворих з супутньою патологією шлунково-кишкового тракту (ШКТ) та гепатобіліарної системи (ГБС) можливе внутрішнє застосування (питний режим) мінеральних вод та проведення бальнеологічних процедур в ротовій порожнині.

Мінеральні води в стоматології можуть застосовуватись у вигляді:

- 1) полоскань порожнини рота; 2) ротових ванночок; 3) аплікацій МВ; 4) ірригацій.

Позитивна дія бальнеологічних процедур в ротовій порожнині пов'язана з:

- 1) бактеріцидною дією МВ на мікрофлору зубного нальоту; при 15-хвилинній експозиції МВ достовірно знижується кількість золотистого стафілококу, гемолітичного стрептококу, зникає протей та Candida albicans (А.М. Поталчук, 1997)
- 2) вираженим ремінералізуючим ефектом. Підкислення середовища ротової порожнини сприяє очищенню поверхні емалі, її слабкій демінералізації, з утворенням незайнятих місць в її структурі та підвищенню проникності. Ці умови сприяють проникненню в емаль інгредієнтів ремінералізуючих розчинів, мікроелементів (F і I) та мікроелементів (Ca, Mg), які входять до складу МВ.

Найбільш важливими наслідками питного прийому гідрокарбонатно-натрієвих мінеральних вод типу "Поляна Купіль" є наступні:

1. Відновлення компенсаторних можливостей антрального відділу шлунку та ліквідація явищ кислотнотонотрної дискоординації гастродуоденального відділу; Високомінералізовані МВ за механізмом дії є природними антацидами, які забезпечують зменшення кислотності шлункового соку. При нейтралізації соляної

393