

Vydavateľ / Publishing a /and adresa redakcie / Address of editor: VPS - SLOVAKIA, spol. s r.o., Lúčna 1A,
080 06 Prešov, Slovenská republika, IČO: 36457256 IČ DPH: SK2020011697 Obch. reg. Okr. súdu PO, vložka
11334/P

☎ ☎++ 421 51 7765 330 ☎☎++ 421 905596201 ✉ vpsslovakia@vpsslovakia.sk

<http://www.vpsslovakia.sk>

Číslo účtu / Account number: 2627729574 Kód banky 1100 Tatra banka, a.s. pobočka Prešov

IBAN: SK84 1100 0000 0026 2772 9574 Swiftový kód: TATRSKBX

Variabilný symbol / Variable symbol VS 114800 Konštantný symbol / Constant symbol KS 0308

Generálny partner / General Partner: MINISTRY OF EDUCATION AND SCIENCE OF UKRAINE STATE
UNIVERSITY "UZHOROD NATIONAL UNIVERSITY" 46 Pidhirna St, Uzhorod, Transcarpathia, Ukraine,
88000,

☎☎+ 380312233341 ☎☎+ 380312234202 ✉ official@uyhnu.edu.ua

Identification code 02070832 <http://www.uzhnu.edu.ua/>

Vedecká rada / Scientific board:

Predseda: Editor in Chief: Dr.Sc Prof. Smolanka Volodymyr	Tajomník: Scientific Secretary: Dr.Sc Prof. Kostenko Yevhen	Podpredsedníčka: Vice Chairman: C.Sc Prof. Oksana Klitynska
---	---	---

Členovia: Scientific boards:

Dr.h.c., C.Sc., Prof. Andrej Jenca MUDR (Kosice, Slovak Republic)	Dr.Sc Prof. Rusyn Vasil (Uzhhorod, Ukraine)
Dr.h.c Prof. Hanna Eliasova, PhD (Presov, Slovak Republik)	Dr.Sc Prof. Rusyn Andryy (Uzhhorod, Ukraine)
Dr.h.c., Dzupa Peter, PhD, MUDR (Chadca, Slovak Republik)	Dr.Sc Prof. Boldizhar Patricia (Uzhhorod, Ukraine)
Dr.Sc. Prof. Savichuk Natalia (Kyiv, Ukraine)	Dr.Sc Prof. Boldizhar Oleksandr (Uzhhorod, Ukraine)
Dr.Sc Prof. Kasakova Rimma (Uzhhorod, Ukraine)	Dr.Sc Prof. Korsak Vyacheslav (Uzhhorod, Ukraine)
Dr.Sc Prof. Potapchuk Anatoly (Uzhhorod, Ukraine)	Dr.Sc Doc. Rumyancev Kostyantyn (Uzhhorod, Ukraine)
Dr.Sc. Prof. Tore Solheim (Oslo, Norway)	Dr.Sc. Prof. Bobrov Nikita (Kosice, Slovak Republik)
Dr.Sc Prof. Mishalov Volodymyr (Kyiv, Ukraine)	Dr.Sc. Prof. Hokan Mornsted (Sweden)
Dr. Sc. Prof. Vilma Pinchi (Florence, Italy)	Dr.h.c., Prof. Jozef Zivcak, PhD (Kosice, Slovak Republik)
Dr.Sc. Prof. Tkachenko Pavlo (Poltava, Ukraine)	Dr.Sc. Doc. Gasuk Petro (Ternopil, Ukraine)
Dr.Sc. Prof. Kaskova Liudmyla (Poltava, Ukraine)	Dr.Sc. Doc. Gasuk Natalia (Ternopil, Ukraine)

Vedecký časopis je registrovaný na Ministerstve kultúry Slovenskej republiky a УКРАЇНА Держана реєстраційна служба України N^o 20221 – 10021P

The Scientific journal registered at the Ministry of culture of the Slovak Republic.

Vedecký časopis. Kategória publikačnej činnosti **ADF** podľa prílohy č. 1 Smernice č. 13/2008-R zo 16. októbra 2008 o bibliografickej registrácii a kategorizácii publikačnej činnosti, umeleckej činnosti a ohlasov Ministerstva školstva Slovenskej republiky. Vedecké práce v domácich nekarentovaných časopisoch. Články alebo štúdie, ktoré zverejňujú originálne (pôvodné) výsledky vlastnej práce autora alebo autorského kolektívu uverejnené v nekarentovaných vedeckých časopisoch.

The Scientific journal. A category of publishing activities pursuant to annex 1 of Directive no **ADF** No 13/2008-R from 16. October 2008 on the bibliographic entry registration and categorisation of the publishing activities of the Ministry of education of the Slovak Republic, artistic activity and responses. Scientific work in domestic not current journals. Articles or studies, which published the original work of the author or copyright (original) the results of its own staff members published in the not current scientific journals.

Periodicita: 4x ročne. Periodicity: 4x per year. Dátum vydania: August 2015. The date of issue: August 2015.

TABLE OF CONTENT

1	OPTIMIZATION OF REPLACEMENT OF DEFECTS AND DEFORMATIONS OF HEAD AND NECK BY USING OF ANGIOSOME TEMPORAL FLAP Avetikov D.S., Stavickij S.O., Lokes K.P., Yacenko I.V.	6
2	EXOGENOUS DRUG PREVENTION OF DENTAL CARIES IN PRIMERY SCHOOL CHILDREN WITH HIGH CARIES ACTIVITY Klitynska O.V., Mukhina Y.A., Vasko A.A.	10
3	ІНФОРМАЦІЙНІ ТЕХНОЛОГІЇ В ЗАБЕЗПЕЧЕНІ ПРОМЕНЕВОЇ ДІАГНОСТИКИ НА РІВНІ ГОСПІТАЛЬНОГО ОКРУГУ Слабкий Г.О., Качур О.Ю.	13
4	РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ПАТОЛОГИЧЕСКОЙ СТИРАЕМОСТИ ЗУБОВ СРЕДИ РАБОТНИКОВ МЕТАЛЛУРГИЧЕСКОГО КОМБИНАТА ОАО «ЗАПОРОЖСТАЛЬ» Чернявський В.В.	17
5	БЕЗПЕКА ХАРЧОВИХ ПРОДУКТІВ ЯК ПРОБЛЕМА ГРОМАДСЬКОГО ЗДОРОВ'Я Шафранський В.В.	22
6	DIAGNOSTICS ASPECTS OF AKANTOLYTIC PEMPHIGUS IN DENTIST`S PRACTICE Gasyuk N. V.	27
7	FEATURES ELEMENTS OF THE TOOTH – JAW SYSTEM AT DIFFERENT AGES Fedevych M.	31
8	ОСОБЛИВОСТІ ФОРМУВАННЯ ПАТОЛОГІЙ ПРИКУСУ У НАСЕЛЕННЯ ЗАКАРПАТСЬКОЇ ОБЛАСТІ ВІКОМ 12-15 РОКІВ Фера О.В., Костенко Є.Я., Фера М.О., Крічфалушій С.І., Лебєдєва О.І.	35
9	ПОРІВНЯЛЬНИЙ АНАЛІЗ РЕЗУЛЬТАТІВ ЛІКУВАННЯ ПАЦІЄНТІВ З ДИСФУНКЦІЄЮ СНЩС ІЗ ЗАСТОСУВАННЯМ ШИН ТА МІОГІМНАСТИКИ Мартиць Ю.М.	43
10	ANALYSIS OF THE ETIOLOGICAL STRUCTURE OF THE CAUSES OF DENTAL DISEASES IN CHILDREN Klitynska O., Ivaskevych V.	55

**Наші випускники – медична
стоматологічна еліта України,
Словаччини, Чехії!**

2016 рік є ювілейним для стоматологічного факультету Ужгородського національного університету - виповнюється 10 років від створення.

На сьогодні це сучасний факультет, який забезпечує повний цикл до дипломного та післядипломного навчання стоматологів.

До його складу входять 6 кафедр, чотири для забезпечення навчання студентів-стоматологів, зокрема кафедра терапевтичної стоматології (завідувачка кафедрою – к.мед.н., доцент Добровольська М.К.), ортопедичної стоматології (завідувач кафедрою – д.мед.н. професор Костенко Є.Я.), дитячої стоматології (завідувачка кафедрою – д.мед.н., професор Казакова Р.В.) та кафедра щелепно-лицевої хірургії, хірургічної стоматології та онкостоматології (завідувач кафедрою - к.мед.н., доцент Брехлічук П.П.)

Післядипломна освіта здійснюється на двох кафедрах стоматології післядипломної освіти з курсом терапевтичної та ортопедичної стоматології (завідувач кафедрою – д.мед.н., професор Потапчук А.М.) та кафедра стоматології дитячого віку (завідувачка кафедрою – д.мед.н., професор Клітинська О.В.), на яких проводять перепідготовку лікарів-стоматологів за наступними спеціальностями: терапевтична стоматологія, ортопедична стоматологія; дитяча стоматологія; хірургічна стоматологія та загальна стоматологія.

На факультеті відкрито та ліцензовано магістратуру, клінічну ординатуру та аспірантуру за спеціальністю 14.01.22 «стоматологія».

Випускники факультету працюють лікарями-стоматологами в закладах охорони здоров'я бюджетної та приватної форми власності України та завдяки уніфікації робочих навчальних програм у відповідності до європейських стандартів надання освітніх послуг в галузі стоматології можуть працювати в країнах Європи за спеціальністю.

Не дивлячись на невеликий час існування факультету наукові здобутки співробітників оцінені на рівні держави, а саме, декан стоматологічного факультету, д.мед.н., професор Костенко Є.Я. нагороджений Золотою медаллю «Винахідник року в галузі медицини» за розробку способу ідентифікації особи за стоматологічним статусом, Почесною грамотою Асоціації стоматологів України за вагомий внесок в розвиток стоматології; асистент кафедри ортопедичної стоматології Гончарук-Хомин М.Ю. нагороджений Премією Національної Академії Медичних Наук України та працівників



вищих навчальних закладів України, стипендією Президента України та Кабінету Міністрів України.

Завідувачі кафедр стоматологічного факультету є керівниками підрозділів відділу Охорони здоров'я Закарпатського ОДА. Професор Оксана Василівна Клітинська – Головний позаштатний дитячий стоматолог Закарпатської області.

Наші випускники стали відомими лікарями України, які впроваджують в лікувальний процес передові світові досягнення стоматологічної науки, покращуючи здоров'я не лише краян, а й пацієнтів дружніх Європейських країн.

Наукові здобутки

На факультеті сформувалися наукові школи, відомі в Україні та за її межами, активно досліджуються питання профілактики та лікування основних стоматологічних захворювань.

У нас діють:

- Асоціація студентів-стоматологів, яка зайняла достойне місце в Міжнародній Асоціації студентів-стоматологів, завдяки яскравим науковим здобуткам, цікавим дослідженням та відкриттям в галузі стоматології та судовій одонтології.

- Рада молодих вчених нараховує більше 50 науковців, опікується питанням покращення якості надання стоматологічних послуг населенню.

- Асоціація судової стоматології України заснована в 2013 році, Головою якої є декан стоматологічного факультету, д.мед.н., професор Костенко Є.Я., входить до складу IOFOS (Міжнародної Асоціації судової одонтостоматології) тісно співпрацює з Асоціацією судових медиків України. Активно працює на базі Науково-навчального центру судової стоматології ДВНЗ «Ужгородський національний університет» над розробкою новітніх методів ідентифікації осіб за одонтологічним статусом та об'єктивізацією критеріїв змін зубо-щелепового апарату внаслідок ятрогенних втручань.

Асоціація студентів-стоматологів випускає журнал «Афінаж», присвячений висвітленню нюансів суспільного та студентського життя факультету.

Щорічно проводяться міжнародні стоматологічні конференції студентів та молодих вчених, в яких приймають участь представники Словаччини, Чехії, Грузії, Прибалтики.

Систематично проводяться міжнародні стоматологічні конференції, які охоплюють усі підрозділи стоматологічної науки та судової стоматології.

Співробітники факультету є авторами близько 50 наукових підручників, посібників та монографій.

Створена та виконується регіональна програми «Здорова усмішка дітей Закарпаття», основною метою якої є покращення стоматологічного здоров'я дитячого населення Закарпатської області.

Система міжнародних зв'язків факультету дає можливість викладачам і студентам стажуватися за кордоном, співпрацювати з вищими навчальними закладами й науковими інституціями різних країн, зокрема з Пряшівським університетом у Пряшові (Факультет Охорони Здоров'я, декан Еліашова Ганна) та Кошицьким медичним університетом (Словаччина), Карловим університетом (Чехія), Дебреценським університетами (Угорщина), Університетом Фірензе (Італія) – співпраця з Vilma Pinchi, доцентом кафедри анатомії, гістології та правової медицини, президент Міжнародної організації судової одонтостоматології, Університетом Осло (Норвегія) - співпраця з Tore Solheim,

професором Інституту стоматологічної біології, Головою Норвезької Асоціації судової стоматології.

Нині на факультеті стаціонарно здобувають освіту близько 600 студентів та 200 лікарів-інтернів. Практичні заняття проводяться в сучасно обладнаних кабінетах університетської стоматологічної поліклініки, де можуть отримати теоретичні знання та під контролем викладачів - досвідчених лікарів навчитися практичним маніпуляціям на сучасних фантомах та запровадити отримані знання в практичну стоматологію.

Студенти-стоматологи мають змогу проходити виробничу практику зі стоматології в провідних клініках Словаччини, завдяки співпраці зі Словацькими колегами (Клініка Петрамед, Головний лікар-доцент Петер Джупа та відділення і кафедра максилло-фацилярної хірургії Кошицького медичного університету, завідувач - професор Андрій Єнча).

На стоматологічному факультеті створені усі умови для збереження безперервності освіти в галузі стоматології, що базується на теоретичних та практичних засадах та дає можливість розвитку та вдосконалення професійної майстерності в клінічному та науковому форматах.

Декан стоматологічного факультету

доктор медичних наук, професор

Євген Костенко

UDC: 616-089.844

OPTIMIZATION OF REPLACEMENT OF DEFECTS AND DEFORMATIONS OF HEAD AND NECK BY USING OF ANGIOSOME TEMPORAL FLAP

Avetikov D.S., Stavickij S.O.*,
Lokes K.P.**, Yacenko I.V.***

doctor of medicine , prof.

** PhD, assistant*

*** PhD, docent*

**** PhD, docent*

*Higher state educational
establishment of Ukraine "Ukrainian
medical stomatological academy", Poltava,
Ukraine*

Summary : One of serious problems, which arises up at getting up and mobilization of temporal shred is possibility of traumatization of frontal-temporal branches of facial nerve, heavy preparation of superficial and deep temporal fascia. Deep temporal fascia consists of superficial and deep layers along the whole length of temporal region that is not limited only to the place of accumulation of intermediate fatty tissues. Intermediate fatty tissue is important and useful, but not absolute landmark in clinical practice. The division of fascia can be executed even in default of fatty tissues.

Key words : temporal fascia, angiosome temporal flap.

Introduction: The problem of replacement of defects and deformations of soft tissue of head and neck by flaps and autografts from surrounding areas occupies a leading position in modern plastic and reconstructive surgery of the head and neck [3, 4, 8].

One of the major problems that arises at lifting and mobilization of angiosomal temporal flap is the possibility of traumatization of fronto-temporal branch of the facial nerve, severe dissection of superficial and deep temporal fascias [1,5,7].

Today there is no consensus on methods of raising and mobilization of angiosomal temporal flaps according to data of topographo-anatomical studies [2, 6].

The work is a fragment of the theme "Development and improvement of methods of diagnosis, treatment, rehabilitation and prevention of congenital and acquired diseases, defects and deformities of the maxillofacial area" that is performed at the department of surgical stomatology and maxillofacial surgery with reconstructive surgery of the head and neck, state registration number – 0105V004081.

The aim of the study was focused topographo-anatomical justification of raising and mobilization of angiosomal temporal grafts, improving of preparing methods of surface and deep temporal fascias, minimizing the possibility of traumatization of fronto-temporal branch of the facial nerve.

Material, object and methods of research. Layer preparation of temporal area was made with a surgical microscope on 19 corpses from both sides. The plastic by angiosomal temporal flap modified by our technique was made to 24 patients.

The results of the study and discussion. The precise definition of structures of temporal area is possible during dissection. The difference is that the deep temporal fascia is divided into superficial and deep layers throughout the temporal area. This feature was noted in 98.4% of cases.

This manipulation is not limited by the intermediate fatty tissues. In 97% of cases, both layers were easily separated but in some areas they are very thin. In 3% of cases the intermediate accumulation of adipose tissue was absent.

Intermediate adipose tissue is important and useful but not absolute landmark in clinical practice. Complete separation of the fascia can be achieved even in its absence.

Fronto-temporal branch of the facial nerve passes through the temporal and the forehead areas, which increases the risk of its injury during dissection of tissue at surgery. Preservation of fronto-temporal branch of the facial nerve by using of intrafascial angiosomal temporal flap is necessary at replacement of defects of soft tissue in the head and neck.

Tissues of temporal areas that are suitable for transplantation include skin, subcutaneous fat, superficial temporal fascia, superficial temporal fatty tissue, deep temporal fascia and temporal muscle.

Our study confirms the opinion of many authors that superficial temporal fascia is a continuation of the surface muscles aponeurotic system of aponeurotic helmet of head and skull. It freely adjacents to the subcutaneous fatty tissue and closely associated with fronto-temporal branch of the facial nerve and superficial temporal vessels.

In 89.5% of cases the deep temporal fascia was determined by a separate layer located on top of the muscle, which is further subdivided into superficial and deep layers.

The first is on the outside of the zygomatic arch and goes into parotid-masticatory fascia, while the second extends toward the deep part of the zygomatic arch and continues in the form of posterior masticatory fascia. Accumulation of fatty tissue fills the space between two layers of deep temporal fascia above the zygomatic arch.

Fronto-temporal branch of the facial nerve that is roughly along the line that connects a point 4-5 mm below the base of tragus, with the point that is at 1.4-1.6 cm above the lateral end of the eyebrow, almost out the surface of crossing the zygomatic arch.

The lack of clear intermediate accumulation of adipose tissue was founded in 11% of cases. This opportunity was kept dissection of two layers of deep temporal fascia during surgery.

In 89% of cases the intermediate temporal fat tissue is between two layers of deep temporal fascia above the zygomatic arch. However, our study found that deep temporal fascia is divided into two layers throughout the temporal area. The existence of these layers is not limited by places where the intermediate fat. Its dissection was conducted throughout the length of the temporal area. There is one more place of accumulation of fatty tissue beneath a deep layer of temporal transition in which fatty body of cheeks.

Plane of location of fronto-temporal branches of the facial nerve was constant. It goes along the lower surface of the superficial temporal fascia inside surface free fat and non-vascular areolar layer. In our study, fronto-temporal branch of the facial nerve had three branches: the anterior (for the circular orbital muscle), medium (for frontal-occipital muscle) - 1 cm above the zygomatic arch ahead superficial temporal artery; posterior (for the anterior and superior ear

muscles and muscles of tragus). We found that during surgery is better to laminate the flap below the surface of the temporal fascia, thus preserving the fronto-temporal branch of the facial nerve.

In some cases branch fronto-temporal branch of the facial nerve that is inside the intermediate accumulation of adipose tissue in the distal direction goes to frontal-occipital muscle. The incision is made within the intermediate accumulation of adipose tissue or near the deep layer of the deep temporal fascia provides a great degree of conservation of fronto-temporal branch compared to the incision directly under the superficial temporal fascia and superficial fatty tissue or under the surface layer of the deep temporal fascia.

In our clinic we defoliate intrafascial layers along the bottom surface of accumulations of fatty tissues, but not on the surface layer of the deep temporal fascia. After, we lift the intermediate adipose tissue with the surface layer of the deep temporal fascia without affecting its deep layer to avoid damage to the fronto-temporal branch, which can go inside the intermediate

accumulation of adipose tissue. During crossing the zygomatic arch to provide communication between the temporal area and middle face area, the incision is possible to do in a subperiosteal plane, although this manipulation should be carried out very carefully.

Conclusions

1. The deep temporal fascia consists of superficial and deep layers throughout the all temporal area, which is not limited by places of intermediate fatty tissues.

2. Intermediate adipose tissue is an important and useful but not absolute benchmark in clinical practice and intrafascial separation can be accomplished even in the absence of adipose tissue.

In further studies, we plan to conduct a focused study of topographic anatomical of frontal-parietal-occipital areas and give the morphological justification of angiosomal temporo-parietal flaps for closing of soft tissue defects of the head and neck.

REFERENCES

1. Скрипников Н.С. Особенности топографии сосудов сложных аутотрансплантатов для замещения дефектов тканей головы и шеи / Н.С. Скрипников, В.Н. Соколов, В.И. Шепитько // В сб.: Функциональная морфология сердечно-сосудистой и нервной системы в норме, патологии, эксперименте. – Ростов-на-Дону. - 1991. – С. 12-26.
2. Ставицький С.О. Оптимізація хірургічних розрізів шкіри голови та шиї. Сучасний погляд на проблему / С.О. Ставицький, Д.С. Аветіков, К.П. Локес, І.В. Яценко // Вісник проблем біології і медицини. – 2013. – Вип. 3. – Т.2(103). – С. 42-47.
3. Ammirati M. An Anatomicosurgical Study of the Temporal Branch of the Facial / M. Ammirati, A. Spallone., J. Ma [et al.] // Plast. reconstr. Surg. - 2000.-Vol. 14, № 1. - P. 35-41.
4. Baker T.J. Surgical Rejuvenation of the Face / T.J. Baker, H.L. Gordon, J.M. Stuzin // Plast. reconstr. Surg. - 2002. - Vol. 16, № 1. - P. 41-44.
5. Bhupendra P. Forhead anatomy. Medicine Medical Textbooks - Otolaryngology and Facial Plastic Surgery - Free Physician Reference / P. Bhupendra, T. Simon // Plast. reconstr. Surg. - 2001.-Vol. 20, № 1. - P. 25-29.
6. Psillakis J.M. Subperiosteal Approach as an Improved Concept for Correction of the Aging Face Baker Stuzin J.M. Surgical Rejuvenation of the Face / J.M. Psillakis, T.O. Rumley, A. Camargos // Plast. reconstr. Surg. - 2001.-Vol. 8, № 3. - P. 45-49.
7. Stuzin J.M. Anatomy of the frontal branch of the facial nerve: The Significance of the Temporal Fat Pad / J.M. Stuzin, L. Wagstrom, H.K. Kawamoto, S.A. Wolfe // Plast. reconstr. Surg. - 1998.-Vol. 5, № 1. - P. 31-36.
8. Yasargil M.G. Preservation of the frontotemporal branch of the facial nerve using the interfacial temporalis flap for pterional craniotomy / M.G. Yasargil, M.V. Reichman, S. Kubik // Plast. reconstr. Surg. - 1987. - Vol. 4, № 2. - P. 12-19.

UDC: 616[08-039.71+053.5].314-
002:612.392.69

EXOGENOUS DRUG PREVENTION OF DENTAL CARIES IN PRIMARY SCHOOL CHILDREN WITH HIGH CARIES ACTIVITY

Klitynska O.V, Mukhina Y.A.*,
Vasko A.A.**

*Doctor of Medical Sciences, Head of
Department of Pediatric Dentistry*

** assistant*

*** assistant*

*Pediatric Dentistry Department of State
Higher Educational Establishment
“Uzhhorod National University”, Uzhhorod,
Ukraine.*

Summary : to determine the effectiveness of the remineralizing prevention of dental caries in children (6-7 years) with different degree of caries activity. **Materials and methods:** for the determination of the role of the remineralizing therapy of early forms of caries was examined 146 school children of the primary classes in the town Uzhhorod, including 63 (46.9%) were boys and 83 (53.1%) were girls, whom was conducted the remineralizing hard tooth tissue therapy by using Biflyuorid-12 (VOCO, Germany) and was defined efficiency after 12 months. **Research results and its discussions:** the article represents clinical study of high efficiency remineralizing preventive treatment of dental hard tissues in children of 6-7 years old/ After 12 months, in all examined children prevailed satisfactory level of hygiene, namely 52.5% in boys and 49.7% in girls; good hygiene was 37.7% in boys and 45.4% in girls. The increase of caries intensity was in the main group $P = 4,8-13,3 = -8,5$; and in the children of the control group of the same age was $P = 14,5-13,1 = 1,4$. That is, in children of the clinical group after 12 months the reduction of caries intensity was 8.5 in the age group 6-7 (7-8) years.

Key words : children, prevention, caries, the effectiveness of the remineralizing prevention.

Introduction: The high occurrence of caries in permanent teeth of children in Ukraine [1, 2, 3] shows the problem of prevention as a major problem in pediatric dentistry. Given the fact that the teeth after eruption are the most susceptible to caries [2, 8] is the particular relevance for the searching of new approaches for the creation of programs to prevent dental caries of permanent teeth, especially at the stage of immature enamel [6, 7].

Caries process on the teeth in the first years after their eruption often develops in fissure and natural hollows on the chewing surfaces of permanent teeth [6, 7], because it is explained by the low mineralization of the specified surface in this period and the complexity of architectonics of occlusal surfaces, creating unfavorable conditions for their cleaning and contributes to the fissure caries [4, 5].

Whereas the eruption of the first permanent molars and the state of unfinished mineralization coincides with the period of high impact of stress from the adaptation of the child to school that reduce non-specific resistance of the body, the conduction of the preventive measures during this period greatly reduce the likelihood of carious affections in the future.

The objective of the research: to determine the effectiveness of the remineralizing prevention of dental caries in

children (6-7 years) with different degree of caries activity.

Materials and methods: for the determination of the role of the remineralizing therapy of early forms of caries was examined 146 school children of the primary classes in the town Uzhhorod, including 63 (46.9%) were boys and 83 (53.1%) were girls.

Remineralizing therapy of the hard tissues of the teeth was conducted by using Biflyuoryd-12 (VOCO, Germany) and aimed in double varnish coating of Biflyuoryd-12, VOCO of all teeth with an interval of 6 months after the thorough cleaning of toothpaste Clint (VOCO, Germany). The pressurization of tooth fissures was made by fissure sealants of light curing according to the screenings. Control of pressurization was carried out during the year.

Treatment of caries and complicated caries was carried out according to the standards of dental care for children.

The restoration of the lost hard tooth tissues was carried out by glass ionomeric and composite materials, according to the indications for their usage, the advantage was given to compomeric materials in temporary teeth (Twinky Star, VOCO, Germany) and composite nano filling materials Polofil Supra (VOCO, Germany) for the chewing group of teeth and Amarys (VOCO, Germany) for the front group of teeth.

The control group consisted of 90 children of analogical age, whom did not carry out remineralizing therapy and pressurization of shapes.

Results and its discussions. The results of occurrence and intensity of caries in the examined children of the clinical group. The occurrence of caries in the main group was $95,3 \pm 3,2$, in the control group was $94,1 \pm 3,7$.

At primary examination prevailed bad level of hygiene (57,4% in boys and 45,9% in girls); in 27,2% of boys and in 22,2% of girls the level of hygiene was very bad. For the improving the level of hygiene were applied group learning methods (narration, dialogue, repeating movements), individual training (instructor with 5 children), theatrical performances for group involving favourite cartoon characters. The control of adherence to the skills of individual hygiene was carried out four times, the first two on the models, the third and the fourth - in the dental office individually with visualization of plaque by using the method of color «Finder Plaque» (Curaprox, Switzerland), which clearly indicates the shortcomings of hygiene care of the oral cavity and the ways of their elimination.

After 12 months was conducted the examinations again and was defined the increase of caries intensity and the index of caries reduction. Children of primary school age, 6- 7 years (7-8 years) increase of caries intensity composed in the main groups, $P = 4,8-13,3 = -8,5$; and the children of the control group of analogical age $P = 14,5-13,1 = 1,4$. That is, the children of clinical group after 12 months, the reduction of caries intensity was 8.5 in the age group 6-7 (7-8) years.

After 12 month, in all examined children prevailed satisfactory level of hygiene, namely in 52.5% in boys and 49.7% in girls; good hygiene was 37.7% in boys and 45.4% in girls. A small percentage of poor hygiene was diagnosed in boys – 9.8% and 4.9% in girls. This can be explained by the absence of participation of parents in teaching children to improve their hygiene, which plays a significant role.

Conclusions. The problem of high prevalence of caries of deciduous teeth evidences about caries genetic situation in the oral cavity of children during the eruption of the first permanent molars that is complicated by the reaction of the microorganism to the change of living conditions and the start of the first grade of primary school is a form of stress requires specific planned remineralizing prevention. The usage of the proposed prevention schemes based on adaptation factor of children before school

age will prevent the development of caries in permanent molars of the 1st and the 2nd degree of activity.

The aim of the study was focused topographo-anatomical justification of raising and mobilization of angiosomal temporal grafts, improving of preparing methods of surface and deep temporal fascias, minimizing the possibility of traumatization of fronto-temporal branch of the facial nerve.

REFERENCES

1. Кисельникова Л.П. Перспективы местного применения фторидов в клинической стоматологии. / Л.П.Кисельникова // Маэстро стоматологи . - 2010.- №2 (26).- С. 18-22.
2. Клітинська О.В. Аналіз поширеності карієсу у дітей дошкільного віку міста Ужгорода./ О.В.Клітинська, Е.Й. Дячук // Матеріали науково-практичної конференції „Актуальні питання стоматології сьогодення”.- Тернопіль.- 2010.- С.24-25.
3. Клітинська О.В. Аналіз стану твердих тканин зубів у дітей, які проживають в умовах біогеохімічного дефіциту фтору та йоду./ О.В.Клітинська// Матеріали науково-практичної конференції „Актуальні питання стоматології сьогодення”.- Тернопіль.- 2010.- С.20-21.
4. Косенко К.Н. Методичне керівництво для стоматологів по впровадженню комплексної профілактики стоматологічних захворювань у дитячого населення України / К.Н. Косенко, О.В. Деньга, Л.О.Хоменко, П.О.Леус//. – Одеса.- 2006. – 43с.
5. Леонтьев В. К. Профилактика стоматологических заболеваний / В. К. Леонтьев, Г. Н. Пахомов. М., 2006. - 416 с.
6. Хоменко Л.О. Терапевтична стоматологія дитячого віку/ Л.О.Хоменко, О.І.Остапко, О.Ф.Кононович, В.І.Шматко та ін. //Підручник.- К.: Книга плюс, 2007. – 766с
7. Cullinan M.P. The effect of a triclosan-containing dentifrice on the progression of periodontal disease in an adult population. /M.P. Cullinan, B.B.Westerman, S.M. Hamlet, J.E. Palmer.// J. Clin Periodontol.- 2009.-№30(5).- P.414-419.
8. Cullinan M.P.Acquisition and loss of Porphyromonas gingivalis, Actinobacillus actinomycetemcomitans and Prevotella intermedia over a 5-year period: effect of a triclosan/copolymer dentifrice./ M.P. Cullinan, S.M.Hamlet, B.B.Westerman, J.E.Palmer, M.J. Faddy, G.J.Seymour.// J Clin Periodontol. – 2009.- №30(6).- P.532-541.

UDC: 614.2:616-006-07:002(1-35)

ІНФОРМАЦІЙНІ ТЕХНОЛОГІЇ В ЗАБЕЗПЕЧЕНІ ПРОМЕНЕВОЇ ДІАГНОСТИКИ НА РІВНІ ГОСПІТАЛЬНОГО ОКРУГУ

Качур О.Ю., Слабкий Г.О.

*Український інститут стратегічних
досліджень МОЗ України*

Summary : It is proposed to provide radiological diagnostics at the level of hospital circuit through the use of information technologies and the establishment of centralized Center of Radiological Diagnostics.

Key words : information technologies, radiological diagnostics, hospital circuit.

У відповідності до стратегії реформування вторинної медичної допомоги передбачено формування госпітальних округів [1,7]. Передбачено, в рамках госпітальних округів, формування лікарень нового типу: лікарні інтенсивного лікування, лікарні планового лікування, лікарні відновного лікування та хоспіси [6,11]. Основним принципом, який визначає діяльність лікарень нового типу стає інтенсивність лікувального процесу [9]. Амбулаторно-поліклінічна допомога населенню має надаватися в консультативних поліклініках та консультативно-діагностичних центрах [8].

Ефективність лікувального процесу неможливо забезпечити без наявності сучасної діагностичної бази[10]. Надзвичайно важливе значення, в діагностичному аспекті, відіграють сучасні променеві методи діагностичних досліджень [2,3,5]. В цих умовах потребують обґрунтування та розробки методичні підходи до забезпечення пацієнтів закладів охорони здоров'я в рамках госпітального округу сучасними променевими методами діагностики[12,4].

Мета роботи: розробити підходи до застосування інформаційних технологій в забезпеченні променевої діагностики на рівні госпітального округу.

Матеріали та методи дослідження, що використані в ході виконання роботи. Матеріалами дослідження стали нормативні матеріали з формування госпітальних округів та забезпечення пацієнтів променевими методами обстеження. В ході дослідження використано наступні методи: бібліосемантичний, структурно-логічного аналізу, описового моделювання. Методичною основою дослідження став системний підхід.

Результати та їх обговорення.

Відповідно до видів та обсягів надання медичної допомоги в лікарнях різних типів методи променевої діагностики повинні використовуватися в режимі роботи закладу охорони здоров'я в консультативній поліклініці та консультативно-діагностичному центрі; в режимі роботи кабінету променевої діагностики в лікарні планового лікування; цілодобово в лікарні інтенсивного лікування.

Проблемним питанням в організації променевої діагностики є

тимчасова або постійна відсутність лікаря-рентгенолога в закладах охорони здоров'я госпітального округу.

Для організаційного рішення даної проблеми пропонується створення на базі лікарні інтенсивного лікування комп'ютерного централізованого центру променевої діагностики.

При цьому враховується, що методи променевої діагностики поєднує між собою використання для отримання відображення різних електромагнітних випромінювань (іонізуючих або неіонізуючих) або хвиль (ультразвук), магнітного поля та радіочастотних коливань (магнітно-резонансна томографія та спектроскопія), штучних радіоактивних препаратів (радіонуклідна діагностика), що впливають або проходять через досліджувану об'єкту або випромінюються ним. При цьому фіксується та вивчається вплив випромінювання (поглинання, відбиття, розсіювання) з організмом людини. Обробка досліджуваного матеріалу дозволяє отримати відображення на відстані, придатне для постановки діагнозу. З цієї причини загальна схема пристрою для променевої діагностики досить універсальна. Вона представлена на рис.

Виходячи з даної схеми можливо встановлення рентгенологічних апаратів в лікарнях госпітального округу, а проводити обробку результатів обстеження на базі комп'ютерного централізованого центру променевої діагностики лікарні інтенсивного лікування який працює цілодобово.

Це має свої переваги до яких можна віднести рішення проблеми кадрового забезпечення та забезпечення діагностики високої якості. Крім того впровадження даної схеми дозволяю

створити електронний архів рентгенологічних досліджень який можна структурувати за лікарнями, датами, органами обстеження та діагнозами. При цьому, медичний працівник який отримує розшифровані результати дослідження може їх тільки використовувати (роздрукувати), але не має можливості їх корегувати.

Автоматизоване робоче місце лікаря-рентгенолога включає всі необхідні для роботи довідники. Шифровку та описання рентгенологічних знімків лікар може проводити в любий час при цьому він має можливість їх порівнювати з попередніми знімками.

Конфіденційність інформації про пацієнтів може бути збереженою шляхом запровадження системи кодування та обмеженого доступу.

В цілому запропонована методологія має наступні переваги:

- забезпечує швидкий доступ до поточної та архівної достовірної інформації про результати рентгенологічного дослідження;
- створює умови для забезпечення конфіденційності інформації про пацієнтів та результати їх рентгенологічного обстеження;
- забезпечує можливість автоматизованого формування статистичних звітів;
- дозволяє позбавитися залежності від каліграфії лікаря та уникнути втрати інформації;
- мати можливість віддаленого доступу до інформації про обстеження, що є важливим для прийняття оперативних клінічних рішень при тяжких станах пацієнтів;
- забезпечує механізм консультації з лікарями-спеціалістами

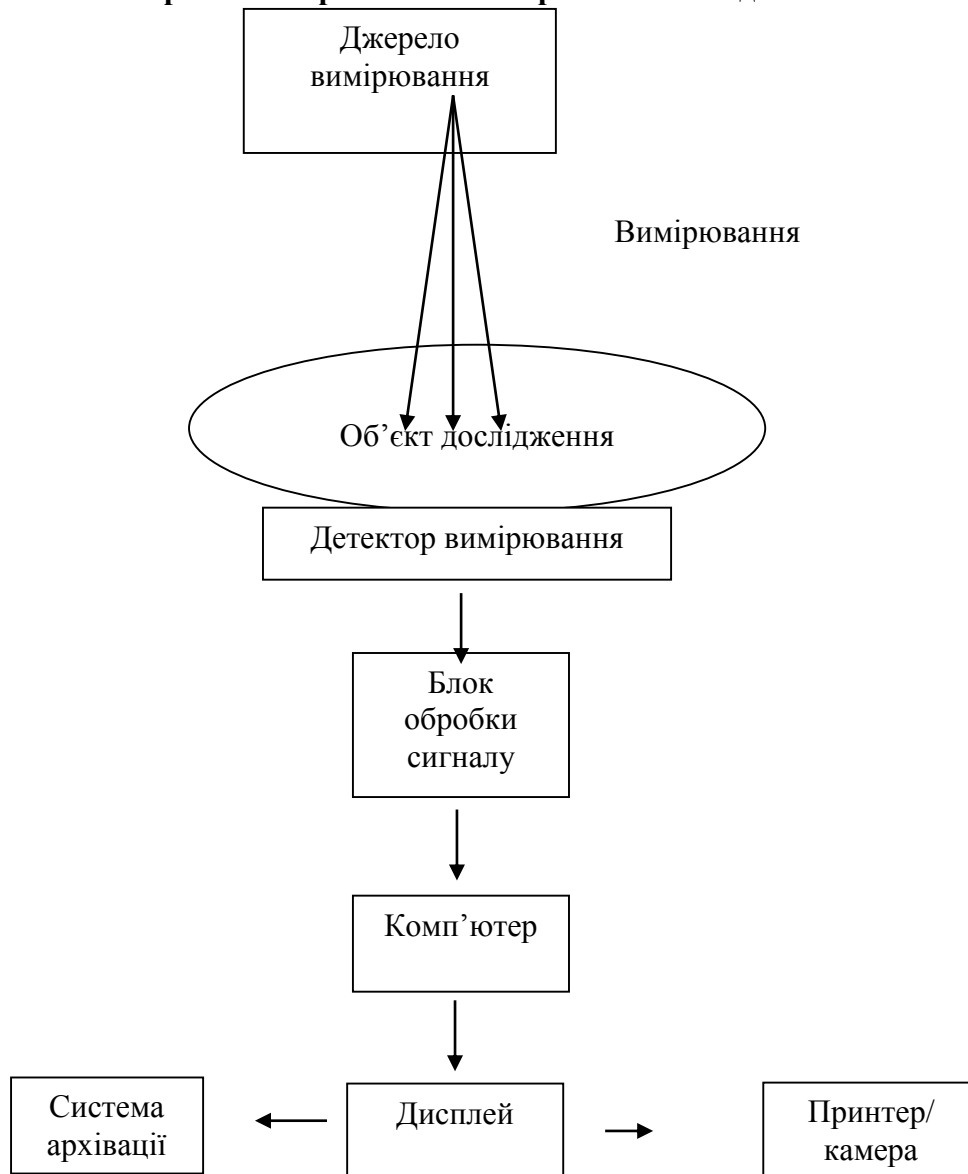
закладів охорони здоров'я більш високого рівня надання медичної допомоги.

госпітального округу шляхом використання інформаційних технологій та створення централізованого центру променевої діагностики на базі лікарні інтенсивного лікування.

Висновки.

Запропоновано забезпечення променевої діагностики на рівні

Загальна схема отримання променевого зображення на відстані



ЛІТЕРАТУРА

1. Закон України «Про порядок проведення реформування системи охорони здоров'я у Вінницькій, Дніпропетровській, Донецькій областях та місті Києві» від 07.07.2011 № 3612-VI
2. Качур О.Ю., Сучасні методологічні підходи до оцінки діяльності рентгенологічної служби в системі охорони здоров'я України // Україна. Здоров'я нації. – 2015. – №4. – С.40-44
3. Качур О.Ю. Основні показники діяльності рентгенологічної служби системи охорони здоров'я України // Вісн. соц. гігієни та орг. охорони здоров'я України, 2013. - №4. – С. 9-12
4. Качур О.Ю. Структурна перебудова системи надання медичної допомоги як основа нової моделі організації променевої діагностики // Україна. Здоров'я нації. 2014. №2 (30). – С. 37-41
5. Качур О.Ю. Вплив різних моделей організації променевої діагностики на ефективність і терміни її застосування при наданні стаціонарної медичної допомоги/О.Ю. Качур, Г.О. Слабкий // Вісн. соц. гігієни та орг. охорони здоров'я України, 2014. - №4. – С. 27-29
6. Кризина Н. П. Реформування галузі охорони здоров'я України на рівні вторинної медичної допомоги / Н. П. Кризина, С. В. Збітнева // Україна. Здоров'я нації. – 2011. – № 2 (18). – С. 142–144.
7. Лехан В.М. Стратегія розвитку системи охорони здоров'я: український вимір / В.М. Лехан, Г.О. Слабкий, М.В. Шевченко // Україна. Здоров'я нації. – 2010. – №1. – С. 5-23.
8. Охорона здоров'я України: проблеми та напрямки розвитку / В. М. Лехан, Г. О. Слабкий, М. В. Шевченко [та ін.] // Вісн. соц. гігієни та орг. охорони здоров'я України. – 2011. – № 4.- С. 5-12
9. Пархоменко Г. Я. Лікарня інтенсивної допомоги – лікарня європейського зразка / Г. Я. Пархоменко // Вісн. соц. гігієни та орг. охорони здоров'я України. – 2011. – № 2. – С. 39–41.
10. Позитивний досвід реформування галузі охорони здоров'я регіонів / О. В. Аніщенко, Р. О. Моїсеєнко, О. К. Толстанов [та ін.]. – К., 2011. – 149 с.
11. Слабкий Г. Нова структура закладів охорони здоров'я/ Г. Слабкий // Практика управління медичним закладом – 2011. – № 11. – С. 14–35.
12. Слабкий Г.О. Проблеми в організації променевої діагностики на вторинному рівні надання медичної допомоги та шляхи їх рішення/ Г.О.Слабкий, О.Ю.Качур // Вісн. соц. гігієни та орг. охорони здоров'я України, 2014. - №3. – С. 32-35

УДК :312.6:616.31:669.013(477.64)

**РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ
ПАТОЛОГИЧЕСКОЙ
СТИРАЕМОСТИ ЗУБОВ СРЕДИ
РАБОТНИКОВ
МЕТАЛЛУРГИЧЕСКОГО
КОМБИНАТА ОАО
«ЗАПОРОЖСТАЛЬ»**

Чернявский В.В.

*Запорожский Государственный
медицинский университет*

Summary : The goal of research consisted in studying the influence of harmful factors upon the state of hard tissues of the teeth of the workers of steel industry on the example of “Zaporizhstal” JSC. The results of clinical studies testified that at persons who have direct contact at the stage of iron ore processing in 78.6% of cases the generalized forms of increased abrasion of teeth were identified, localized forms amounted to 5.2%, teeth within the physiological abrasion amounted to 16.2%. Pathological abrasion was observed more often among men and reached 81.5% of cases. Indicators in the control group were significantly different, generalized forms composed 52.4%, localized forms amounted to 12.6% and physiological abrasion was found in 35.0% of cases.

Key words : morbidity, causes, abrasion.

Промышленный регион, каковым является г. Запорожье, представлен 280 промпредприятиями, основную долю бюджетобразующих организаций представляют предприятия металлургической области.

Нарушение технологических процессов в той или иной степени приводит к изменениям экологических показателей в неблагоприятную сторону, что приводит к росту общей заболеваемости, и стоматологической в частности.

Снижение роста заболеваемости и удовлетворение потребности населения в доступной и качественной медицинской помощи является одной из наиболее актуальных медико-социальных проблем, в котором нуждается Украинское общество [5].

В то же время, необходимо отметить, что по-прежнему, нет четкой модели, структуры, новых нормативов по организации стоматологической помощи включая и раздел профилактики, для работников металлургических комбинатов, данное направление актуально для промышленного региона в связи с тем, что на этих предприятиях работает наибольшее количество жителей г. Запорожья. [2; 5].

Для реализации указанных задач, необходимо изучение причин происхождения и развития заболеваний, разработка и внедрение оптимальной, структурно-функциональной модели организации стоматологической помощи, которая должна, основываться на многофункциональной и многоуровневой системе предоставления стоматологической помощи, в основу которой должны быть заложены принципы комплексного подхода лечения

основных стоматологических заболеваний [1; 3; 4].

Целью данного исследования является изучение влияния вредных производственных факторов на состояние зубо-челюстной системы среди работников металлургической отрасли на примере ОАО «Запорожсталь».

Материалы и методы: - метод системного подхода использовался для проведения количественного и качественного анализа, выявления существующих проблем в организации хирургической стоматологической помощи;

- эпидемиологический метод применялся для установления причинно-следственной связи о причинах возникновения болезней и способах их предупреждения.

- клинические методы обследования использовались с целью постановки диагноза;

- дополнительные методы исследования включали рентгенологическое обследование;

- статистический метод применялся для определения уровня заболеваемости и показателей деятельности стоматологической помощи.

Обработка данных проводилась методами вариационной статистики с использованием стандартного офисного пакета прикладных программ MS Excel для Windows'XP'Professional.

Результаты и их обсуждения

ОАО «Запорожсталь» занимает одно из ведущих мест среди предприятий металлургической отрасли, как в промышленном регионе, так и Украине в целом. В 2013-2015 гг., комбинат

производил порядка 3807,8 тыс. тонн чугуна, 3979,5 тыс. тонн стали в год.

Демонстрация образцов железной руды, по техническим характеристикам, свидетельствует, что наличие тяжелых металлов в одной тонне руды, содержатся в расчетных показателях от 15 до 18% максимальный показатель до 21%, поэтому через промышленный регион, транспортируется миллионы тон руды, что влияет на экологические показатели г. Запорожья.

Транспортировка, складирование, переработка железной руды требует строгих выполнений правил по охране труда, как от сотрудников, которые непосредственно контактирует с данным сырьем, так от ответственных лиц курирующих данный раздел работы от администраций предприятий (ЖД транспорта и меткомбината). Такие строгие требования связаны с тем, что мелкодисперсные частицы, которые попадают в организм человека, вызывают необратимые процессы, и вызывают, как острые, так и хронические заболевания.

Проведенное анкетирование продемонстрировало, что индивидуальными средствами защиты, пользовались только до 69,7%, рабочих различных специальностей, которые непосредственно контактируют на этапе транспортировки, складирования, переработки железной руды, 14,1% сотрудники не были обеспечены (ИСЗ), а 16,2% с не используют за счет высоких температурных показателей в цеху.

В рамках поставленных задач исследования нами проводилось ежегодное стоматологическое обследование 430 сотрудников (242 мужчины и 188 женщин). Условия труда рабочих, которые задействованы в цехах с высоким температурным режимом

работы, где качество атмосферного воздуха на всех этапах производства чугуна и стали характеризуются многофакторным воздействием производственных вредностей в различных их сочетаниях.

Производственный процесс, характеризуется таким компонентом как токсичность. Контрольной группой наблюдений стали ИТРовцы этого предприятия.

Таблица 1

Возраст	ИТР	Рабо	Муж.	Женщ.
25-34	69	75	85	60
35-44	72	74	82	63
45-54 и старше	74	66	75	65
итого	215	215	242	188

Группы наблюдений представлены в табл. №1 по возрастному и половому признаку.

Стоматологические клинические осмотры, проводили сотрудники кафедры «Общей и специальной стоматологии» ЗГМУ, с учетом оценки всех объективных и субъективных симптомов, выяснения причины заболевания и возможных сопутствующих эффектов. Осмотры проводились таким образом, чтобы повысить информированность для пациента о состоянии их полости рта, предполагаемом плане лечения, а также сформировать положительные взаимоотношения между врачом и пациентом.

Такие мероприятия, как правило, приводят к формированию у пациента доверия и уверенности в стоматологической команде и клинике, а также приятию и пониманию требуемого плана лечения.

Результаты клинических исследований засвидетельствовали, что у лиц которые непосредственно контактируют на этапе переработки железной руды, 78,6% случаев выявлены

генерализованные формы повышенной стираемости зубов, у оставшейся части установлены локализованные формы 5,2%, зубы в пределах физиологической стираемости составили 16,2%. Патологическая стираемость наблюдалась у чаще у мужчин 81.5%.

В контрольной группе показатели существенно отличались, генерализованные формы составили 52,4%, локализованные формы составили 12,6%, за счет зубопротезирования, в пределах физиологической стираемости данный показатель составил 35,0%.

Показателем высокой распространенности генерализованных форм патологической стираемости, в промышленном регионе, каковым и является город Запорожье, может служить сравнительный анализ между городским населением г. Токмак, где распространенности генерализованных форм патологической стираемости составляет от 11 до 14,0%.

Таблица 2

Группы наблюдений представлены в табл. № 2

Степень поражения	ИТР	Рабочие
I	26,3	19,3
II	27,1	36,6
III	23,3	33,2
Не выявлено	23,3	10,9

Глубина поражения зубов у рабочих/ ИТРовцев представлены в табл. № 2.

I степень – полное обнажение дентина и укорочение, не достигающее до экватора (в пределах 1/3 длины коронки зуба);

II степень – укорочение от 1/3 до 2/3 длины коронки;

III степень – укорочение коронки зуба на 2/3, и более.

В группе 25-34 года повышенное стирание зубов встречалась до 21,2%. В возрасте старше 35 44 лет оно наблюдается в среднем до 36,1%, Полное стирание жевательных бугров моляров и премоляров и частичная стертость режущих краев передних зубов чаще (62,5%) наблюдается у мужчин. У женщин этот процесс, встречался значительно реже (22,7%). В группе 45-54 лет и старше - 42,7 % .

Выводы:

Среди причин между ИТР и рабочими специальностями, возможно влияние канцерогенных веществ, с которыми контактируют рабочие. Одним из важнейших факторов, развития патологической стираемости как показали результаты клинических исследований, что у лица которые непосредственно контактируют на этапе переработки железной руды в 1,7 раза чаще развиваются генерализованные формы заболеваемости. Комплекс профессионально-производственных факторов способствует развитию стоматологической заболеваемости.

ЛИТЕРАТУРА

- 1 Біда В. І. Патологічне стирання твердих тканин зубів та основні принципи його лікування / В. І. Біда. – К. : ВАТ «Видавництво «Київська правда», 2002. – 96 с.
- 2 Бугорков І. В. Медико-соціальне обґрунтування оптимізації системи стоматологічної ортопедичної допомоги на регіональному рівні: автореф. дис. д-ра.мед.наук / І.В.Бугорков - К., 2013.– 36 с.
- 3 Савичук Н. О. Современные подходы к изучению стоматологического здоровья / Н. О. Савичук // Дентальные технологии. – 2010. – № 2. – С. 7–10.
- 4 Клёмин В. А. Морфофункциональная и клиническая оценка зубов с дефектами твердых тканей / В. А. Клёмин, А. В. Борисенко, П. В. Ищенко. – М. : МЕДпресс-информ, 2004. – 112 с.
- 5 Стоматологічна допомога в Україні/за ред. О.В. Аніщенка. – К., 2011. – 86с.

УДК 614.31:316.728

БЕЗПЕКА ХАРЧОВИХ ПРОДУКТІВ ЯК ПРОБЛЕМА ГРОМАДСЬКОГО ЗДОРОВ'Я

Шафранський В.В.

Міністерство охорони здоров'я України

Summary : There exists sufficient legal background on the provision of food products safety in Ukraine but in terms of the reform of sanitary-and-epidemiological service the conditions of the control of food products quality are changing. This function should become an important component of the system of public health, which is currently being created in Ukraine.

Key words : food products, safety, publichealth.

Якість харчових продуктів та система харчування в значній мірі визначають здоров'я населення [1-3]. В умовах формування системи громадського здоров'я [4] контроль за якістю харчових продуктів посідає важливе місце і є однією з його важливих функцій [5].

Мета роботи: вивчити загальну правову базу, що діяла в 2012-2015 роках та регулювала вищезазначену діяльність і практику її застосування з вивченням показників забезпечення населення безпечними харчовими продуктами.

Матеріали та методи: нормативно правові акти, що визначають

регулювання забезпеченості населення України безпечними харчовими продуктами та статистичні звіти санепідслужби з питань контролю за якістю харчових продуктів за 2012-2015 роки з використанням методів статистичного, структурно-логічного аналізу та системного підходу.

Результати та їх обговорення. На початку дослідження було вивчено правову базу з питань забезпеченості безпеки харчових продуктів. Вона складається із наступних законодавчих актів:

Закон України «Про забезпечення санітарного та епідемічного благополуччя населення» (від 24.02.1994 № 4004-XII зі змінами від 16.10.2012 № 5460-VI, від 16.05.2007 № 1026-V, від 02.11.2004 № 2137-IV, від 07.02.2002 № 3037-III, від 06.04.2000 № 1642-III, від 11.06.1997 № 331/97-ВР тощо);

Закон України «Про основні засади державного нагляду (контролю) у сфері господарської діяльності» (від 05.04.2007 № 877-V із змінами від 04.07.2013 № 406-VII тощо);

Закон України «Про особливості здійснення державного нагляду (контролю) у сфері господарської діяльності щодо фізичних осіб - підприємців та юридичних осіб, які застосовують спрощену систему оподаткування, обліку та звітності» (від 23.02.2012 № 4448-VI);

Закон України «Основи законодавства України про охорону здоров'я» (від 19.11.1992 № 2801-XII із змінами від 16.10.2012 № 5460-VI тощо);

Закон України «Про якість та безпеку харчових продуктів і продовольчої сировини» («Про безпечність та якість харчових продуктів») – (від 23.12.1997 № 771/97-ВР зі змінами від 04.07.2013 №

406-VII, від 31.05.2007 № 1104-V, від 06.09.2005 № 2809-IV, від 24.10.2002 № 191-IV та іншими);

Закон України «Про державну систему біобезпеки при створенні, випробуванні, транспортуванні та використанні генетично модифікованих організмів» (від 31.05.2007 № 1103-V із змінами від 16.10.2012 № 5456-VI, від 19.03.2009 № 1158-VI, від 17.12.2009 № 1778-VI, від 19.01.2010 № 1804-VI тощо);

Указ президента України від 06.04.2011 № 400/2011 «Про Положення про Державну санітарно-епідеміологічну службу України»;

Постанова Кабінету Міністрів України від 30.11.2011 № 1405 «Про затвердження критеріїв, за якими оцінюється ступінь ризику від провадження господарської діяльності для санітарного та епідемічного благополуччя населення та визначається періодичність здійснення планових заходів державного нагляду (контролю) Державною санітарно-епідеміологічною службою та її територіальними органами (із змінами)»;

Постанова Кабінету Міністрів України від 22.06.1999 № 1109 «Про Положення про державний санітарно-епідеміологічний нагляд в Україні»;

Державна цільова соціальна програма розвитку виробництва продуктів дитячого харчування на 2012-2016 роки (постанова Кабінету Міністрів України від 15.08.2011 № 870) тощо.

Наступним кроком дослідження було вивчення практики застосування чинного законодавства та вивчення результатів контролю за харчовими продуктами в Україні і їх впливу на стан здоров'я населення.

Здійснення державного санітарно-епідеміологічного нагляду спрямоване на

попередження виникнення інфекційних та неінфекційних захворювань, пов'язаних з харчовим фактором передачі.

Різке погіршення екологічної ситуації практично в усіх регіонах світу, пов'язане з антропогенною діяльністю людини, вплинуло на якісний склад їжі. З харчовими продуктами в організм людини надходить значна частина хімічних і біологічних речовин. Вони потрапляють і накопичуються в харчових продуктах як за біологічним, так і за харчовим ланцюгом. Харчовий ланцюг охоплює всі етапи сільськогосподарського і промислового виробництва продовольчої сировини і харчових продуктів, а також їх зберігання, пакування і маркування. У зв'язку з цим гарантування безпеки і якості харчових продуктів є одним з основних завдань сучасного суспільства, від розв'язання якого залежить здоров'я населення і збереження його генофонду.

У період реформування державної системи санітарного і ветеринарно-фітосанітарного контролю пріоритетними завданнями державного санепіднагляду щодо безпечності харчових продуктів на сучасному етапі є належне виконання діючого законодавства, впровадження науково обґрунтованої інформації в практичну діяльність, удосконалення матеріально-технічної бази лабораторій, підвищення рівня проведення санітарно-освітньої роботи та здійснення інформування населення про ризики.

У 2014-2015 роках в Україні під наглядом служби знаходилося 150 тисяч харчових об'єктів, що значно менше, ніж у минулі роки. Щорічно обстежувалось близько 98% піднаглядових харчових об'єктів. У 2012 році у зв'язку з низкою прийнятих законодавчих актів установи держсанепідслужби вимушені були різко скороти кількість обстежень харчових

об'єктів і відсоток обстежень їх знизився до 67,3%; у 2013 році у зв'язку з новими правилами було обстежено 13,2% об'єктів, у 2014 році цей показник становив 7,7%, у 2015 – 3,3%. При цьому слід відмітити, що відсоток харчових об'єктів, що не відповідали санітарним нормам і правилам зменшився до 1,3 % (у 2014 – 2,1%, 2013 – 1,6%, 2012 – 1,8%, 2011 – 1,7%, 2010 – 1,9 %, 2009 – 2,2 %; 2008 – 2,3 %). При наявному зменшенні загальної кількості обстежених харчових об'єктів, так і тих, що не відповідають вимогам, під обстеження підпала дуже мала їх кількість та з них більше об'єктів, що не відповідають вимогам.

Найбільш гостро проблема об'єктивної та уніфікованої оцінки санітарного стану об'єктів, постає для підприємств підвищеного епідемічного ризику – молокозаводів, дитячих молочних кухонь, підприємств громадського харчування, харчоблоків лікувальних закладів. В цілому, їх в Україні налічується більше 50 тисяч.

Більшість спалахів гострих кишкових інфекцій поєднує вживання недоброякісних продуктів харчування та готових страв, виготовлених як у домашніх умовах, так і на харчоблоках в організованих колективах. Основними причинами спалахів є залучення до приготування страв випадкових осіб, які не обізнані з елементарними правилами особистої гігієни, а також порушення технології приготування їжі, зберігання харчових продуктів в антисанітарних умовах, без належного температурного режиму. Факторами передачі інфекції найчастіше стають готові страви, кондитерські вироби, які готуються із запасом, що призводить до накопичення збудників інфекційних хвороб у продуктах. При виникненні спалахів

призупинялась експлуатація об'єктів. За виявлені недоліки вживались заходи адміністративного впливу, а також передавались справи до прокуратури. У 2015 році у 93 спалахах, де фактором передачі виступали харчові продукти, захворіло 1304 особи проти відповідно 66 і 972 у 2014 році. При цьому на протязі 2015-2014 роках не було зареєстровано випадків харчових отруєнь та гострих кишкових захворювань, пов'язаних з продукцією підприємств харчової промисловості.

У 2015 році у побуті було зареєстровано 118 випадків харчових отруєнь (у 2014 – 153, 2013 – 141, 2012 – 118, 2011 – 141, 2010 – 146, у 2009 – 127, 2008 – 150), що були викликані збудником ботулізму і зареєстровані у побуті, з кількістю потерпілих 139 осіб, з них померло 6 осіб, що дещо нижче рівня минулого року – відповідно 178 і 9. Найбільша кількість харчових отруєнь, що викликані збудником ботулізму зареєстрована у Черкаській – 12 (потерпіло 15 осіб), Дніпропетровській – 12 (потерпілих 14 осіб), Львівській – 10 (потерпілих 15 осіб, з них 1 помер), Запорізькій – 10 (потерпіло 11 осіб, з них 2 померло), Житомирській – 9 (потерпілих 10 осіб, з них 2 померло); при цьому у Тернопільській області – 5 (потерпіло 5 осіб, з них 1 помер).

Станом на 01.01.2016 в Україні зареєстровано 98 отруєнь дикорослими грибами у населення – при цьому отруїлося 151 людина; з них померло 15 людей. Відповідно за минулі роки реєструвалося значно більше цих отруєнь – у 2014 році – 119 людей, серед яких 10 дітей; з них померло 14 осіб; у 2013 році – 196 людей, серед яких 15 дітей; з них померло 10 особи; у 2012 році – 305 чоловік, серед яких 29 дітей; з них

померло 24 особи, у т.ч. 3 дитини. Найбільша кількість людей, що отруїлись грибами, у 2015 році реєструвалась у Дніпропетровській області (29 проти 1 у 2014 році), Закарпатській (23 проти 25 у 2014) тощо.

Якість харчової продукції за мікробіологічними та санітарно-хімічними показниками останніми роками залишається стабільною. За статистичними даними протягом 2015 року відсоток проб, що не відповідають нормативам за мікробіологічними показниками становив 3,4 % (2014 – 3,2%,

2013 – 2,5%, 2012 – 2,9%, 2011 – 3,2%, 2010 – 3,2%, 2009 – 3,3%, 2008 – 3,4%), за санітарно-хімічними показниками 0,8% (2014 – 0,9%, 2013 – 1%, 2012 – 1,0%, 2011 – 1,3%, 2010 – 1,4%, 2009 – 1,5%, 2008 – 1,5%). При наявному зменшенні проведених досліджень за мікробіологічними показниками як по загальній кількості, так і з перевищенням, проте в дослідження потрапило більше продуктів з високим рівнем бактеріального забруднення, на що показує показник.

Таблиця

Кількість проб харчових продуктів та продовольчої сировини, що не відповідали нормативам за мікробіологічними показниками, у 2012–2015 рр.

	2012	2013	2014	2015
Всього проб	481839	463880	230234	194789
Не відповідали нормативам	13986	11520	7260	6698
Питома вага проб, які не відповідали нормативам, %	2,9	2,5	3,2	3,4

В Україні у сфері безпечності та якості харчових продуктів на перший план виходять проблеми, пов'язані з глобальною безпекою харчових продуктів, створенням стійких, комплексних систем безпеки харчових продуктів, побудованих на оцінці ризиків, пов'язаних з мікробіологічними, хімічними факторами, а також ризиків, визначених впровадженням нових технологій.

Хвороби харчового походження лягають тяжким тягарем на здоров'я населення, системи охорони здоров'я і економіку кожної країни.

Державною санепідслужбою України проводиться постійна робота щодо виявлення та вилучення з обігу

неякісної та небезпечної продукції. За останні роки (2005-2014 роки) було заборонено та вилучено з реалізації 27845,8 тонн, з них у 2014 році 706,6 тонн та у 2015 році 120,683 тонн неякісних небезпечних продуктів харчування.

Важливими завданнями в роботі державної санепідслужби залишаються вплив харчування на стан здоров'я, раціоналізація харчування, контроль за забезпеченням безпеки харчових продуктів і продовольчої сировини на етапах виробництва, зберігання, ввезення, реалізації та використання з метою профілактики інфекційних та масових неінфекційних захворювань, пов'язаних з харчуванням.

Пріоритетними задачами в роботі державної санепідслужби з розділу гігієни харчування залишаються оцінка структури харчування, його вплив на стан здоров'я, раціоналізація харчування, контроль за забезпеченням безпеки харчових продуктів і продовольчої сировини на етапах виробництва, зберігання, ввезення, реалізації та використання з метою профілактики інфекційних та масових неінфекційних захворювань, пов'язаних з харчуванням.

За порушення санітарного законодавства на харчових об'єктах у 2015 році всього в Україні було накладено 300 штрафів на посадових осіб проти 3517 у 2014 році, тимчасово призупинено роботу 12 об'єктів, до слідчих органів надіслано 9 справ, не передано для розгляду на адмінкомісіях жодної справи, 705 осіб, що тимчасово відсторонялось від роботи, у тому числі на підприємствах харчової промисловості – накладено 49 штрафів на посадових осіб проти 524 у 2014 році, тимчасово призупинено роботу 1 об'єкту, до слідчих органів надіслано 2 справи, 330 осіб, що тимчасово відсторонялось від роботи; на об'єктах

ресторанного господарства (громадського харчування) – накладено 175 штрафів на посадових осіб проти 1239 у 2014 році, тимчасово призупинено роботу 3 об'єктів, до слідчих органів надіслано 7 справ, 222 особи, що тимчасово відсторонялось від роботи; на об'єктах торгівлі – накладено 76 штрафів на посадових осіб проти 1754 у 2014 році, тимчасово призупинено роботу 8 об'єктів, 153 особи, що тимчасово відсторонялось від роботи. Також склалися приписи за результатами проведених заходів і виносилися розпорядження та інші розпорядчі документи про усунення порушень, виявлених під час здійснення таких заходів.

Висновки. В Україні існує достатня правова база з питань забезпеченості безпеки харчових продуктів але в умовах реформування санітарно-епідеміологічної служби умови контролю за якістю харчових продуктів змінюються. Дана функція має стати важливою складовою діяльності системи громадського здоров'я, яка наразі створюється в Україні.

ЛІТЕРАТУРА

1. Ванханен В.Д. Физиолого-гигиенические основы организации рационального питания различных групп населения / В.Д. Ванханен, А.Е. Нелепа – Донецк, 2004- 154 с.
2. Ванханен В.В. Учение о питании / В.В. Ванханен, В.Д. Ванханен – Донецьк: Донеччина, 2000- 352 с.
3. Гігієна харчування: Практичне керівництво / За ред. В.Д. Ванханена, В.І. Ципріяна. – Донецьк: Донеччина, 2005- 552 с.
4. Здоровье 2020. Основы Европейской политики поддержки государства и общества в интересах здоровья и благополучия. Copenhagen. WHO Regional Office for Europe. 2012: <http://www.euro.who.int/PubRequest?language=Russian>
5. European action plan for strengthening public health capacities and services. Copenhagen. WHO Regional Office for Europe. 2012 : http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0005/171770/RC62wd12rev1-Eng.pdf.

UDC: 616. 31 – 002

DIAGNOSTICS ASPECTS OF AKANTOLYTIC PEMPHIGUS IN DENTIST`S PRACTICE

Gasyuk N. V.

*D.M.S., Associate Professor
SHEI «I. Ya. Horbachevsky Ternopil
State Medical University Healthcare
Ministry of Ukraine»*

Summary : In the article the results of research into the prevalence of pemphigus acantholytic pemphigus, citizens of Poltava region and optimize minimally invasive methods of diagnosis of this nosological unit. Determined sharp tendency to the disease. We consider it appropriate to spend three times the dynamic cytological observations during the initial diagnosis. A reference to characterize the cellular structure of the phenomenon should be acantholysis plasmolemma degenerative changes and vacuolation cytoplasm of epithelial cells, which is an intermediate stage in the formation of degenerative disorders acantholytic cells.

Key words : pemphigus, acantholysis prevalence, blister, erosion.

The work is a part of a project by science investigation institute of genetic and immunologic basics of pathology`s development and pharmacogenetics called “The role of inflammatory diseases of tooth apparatus in the progression of illness

connected with systematic inflammations ”, number of government`s registration №0112U0011538. The author is a co-executor of this project.

The level of illness of acantholytic pemphigus is about 1 % in dermatology pathology`s structure [1, p. 1].

Relevance and importance of future study of this pathology`s problem is dictated by the hard spread of this illness, high people`s disability, mortality, unexpected exacerbations, noncompetence of diagnostics and treatment, and presence of hard complications and side effects from traditional immunosuppressive therapy [2, p. 11, 3, p. 18, 4, p. 15].

The goal of investigation is studying of spread and clinic-morphologic forms of pemphigus structure among the population of Poltava region and aspects of cytological diagnostics on the early stages of diseases.

Objects and methods of investigation: analysis of medical carts of patients with acantholytic pemphigus, which had treatment on base of regional dermatologic-venerologic dyspancery and person which came to department of therapeutic stomatology without diagnose are made. Patients had general clinical examination and cytology investigation.

Results of investigations. During 2011-12 diagnos pemphigus was put in 19 cases (14-woman and 4 man). 12 cases of pemphigus vulgaris, 3 vegetative, 4 seboric forms were put. In man mostly common present seboric form.

In general structure of pemphigus vulgaris clinic-morphological form is the most common.

There is a trend of this disease to become younger (the average age is 54). Mostly women.

Six women had primary lesion which localized in oral cavity. Patients told about

acute start – with apparent of noninflammatory bulls on mucous membrane of chicks, lower lip, soft palate and gums –



desquamative gingivitis.

Fig. 1. Lesions of gums in the case of



pemphigus.

Fig. 2. Erosions on the buccal mucosa

Specific features of bulls lesions are the apparent on visibly non-changed mucous membrane oral cavity and skin, round shape.

Firstly bulls had light liquid, which became yellow after 2-3 days, and then becomes muddy. First hours after bulls appear they become tensed and after that sluggish. After some time they ruptures and appearance erosive surface with fragments of upper layers of the epithelium – positive symptom of Nikolskij. Typical bulls in oral cavity were not present in all causes. Mechanism of appearance erosions on oral

mucosa may be next – in area of lesion epithelium becomes cloudy and easily peeled. In central part appear erosion which



extend to the periphery.

Fig. 3. Skin lesions in the case of pemphigus.

Erosions of stagnate-red color clear or covered with layers of fibrous, a little painful. Attaching of anaerobic microflora leads to the putrid smell.

In our time «gold standart» in diagnosis of pemphigus become imunogistochemical methods, but they are unfortunately not available in Ukraine for wide number of patients because they are expensive. That's why in our time the basical methods of diagnostic is the dates of objective examinations.

In diagnosis are the main symptoms of Nikolskiy and Asbo-Hansen [4, p. 16]. The symptoms of Nikolskiy are determined by friction finger intact skin in the area near the area affected by the delay and tweezers for scraps of bladder resulting in a marginal epithelium detachment. Symptom of Asbo-Hansen occurs when the pressure of a finger of a mirror coating on top of the bubble, with its area increases along the periphery by the pressure of the contents of the bubble.

Despite the fact that the symptoms described in the literature both specific rely

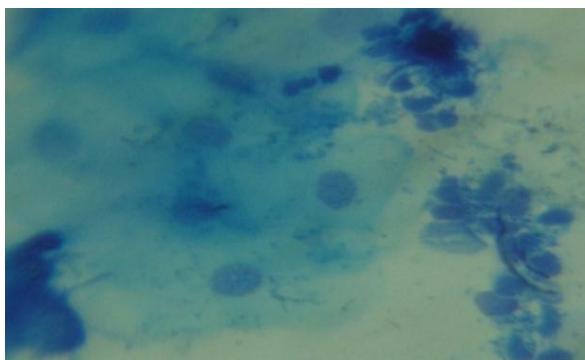
on them not to be. Asbo-Hansen symptom may occur in non autoimmune diseases. For example in patients with contact dermatitis. Symptom of Nikolskiy is positive in patients with another diseases which have acantolysis – Layel Syndrom and epidemic pemphigus.

In laboratories of Poltava used smear-reprinting methods for identify of acantholytic cells.

All patients on stage of diagnostic has cytological investigations of materials from area of lesion.

Further material was treated according to the manufacturing steps of cytological preparation.

Acantholytic cells are altered cells of prick-cells layer of the epidermis, which are formed as a result of degeneration and acantholysis that are distinctive from normal cells of this layer morphological and

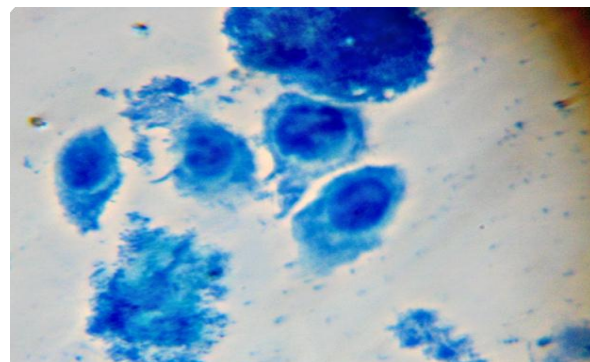


tinctorial features [5, 90].

Fig. 4. Intermittent dystrophic changes of epitheliocytes on the stage of acantholytic cells forming.

Morphological features of acantholytic cells are round or oval shape, size a smaller that in normal epithelial cells. This cells characterized of basophilic nucleus and cytoplasm, presence in nucleus of 2-3 big nucleolus and light-blue perinuclear area.

Cytoplasm is unevenly painted. Along the periphery of the cell – thickening of color in



the form of the intense blue of the rim – a zone of concentration of the dye. Our research shows that the acantholytic cells can form cells symplast that contain multiple cores [1, p. 15].

Fig. 5. Acantholytic cells

Methods of determining the acantholytic cells is relatively simple and minimally invasive, but not reliable. Since the primary stage at diagnosis and remission phase of the disease to determine the acantholytic cells are very difficult.

Cytogramm of 40% patients on first stage of primary diagnosis don't have Tsank's cells.

Conclusions. In our opinion the benchmark in this situation would be that the phenomenon of acantholysis, degenerative changes plasmolemma and vacuolization of the cytoplasm of epithelial cells, which are an intermediate stage of degenerative changes in the formation of Tsank's cells. In particularly difficult clinical situations, recommend dynamic of three cytological observation and highly specific methods of using lektinogistochemistry.

REFERENCES

1. Гасюк Н. В. Застосування морфологічних методів дослідження в діагностиці дерматозів із аутоімунним компонентом у стоматології: методичні рекомендації // Н. В. Гасюк. – 2014. – Київ. – 29 с.
2. Гасюк Н. В. Поширеність та аспекти діагностики акантолітичної пухирчатки в практиці лікаря стоматолога / Н. В. Гасюк, І.О. Іваницький, І. Ю. Попович // Вісник Української медичної стоматологічної академії: Актуальні проблеми сучасної медицини. – 2013. – Т. 13, випуск 3 (43). – С. 16 – 19.
3. Коляденко В. Г. Роль циркулюючих імунних комплексів в утворенні «хибного кола» патогенезу акантолітичної пухирчатки / В. Г. Коляденко, П. В. Федорич // Дерматологія. – № 1, 2002. – С. 9 – 12.
4. Особенности диагностики истинной пузырчатки слизистой оболочки полости рта / Е. Н. Дычко, И. А. Романюта, В. А. Вовк, П. Л. Срибник // Український стоматологічний альманах : Українська медична стоматологічна академія. – 2009. – № 2. – С. 15 – 17.
5. Притуло О. А. Клетка Тцанка как клетка апоптоза // Сборник работ научно-практической конференции «Актуальные вопросы дерматовенерологии и косметологии» Одесского Государственного медицинского университета. – 2003 – С. 89 – 91.

UDC: 616.314-002-02:572.776:575.167

FEATURES ELEMENTS OF THE TOOTH – JAW SYSTEM AT DIFFERENT AGES

Fedevych M.

*the assistant of the Pediatric Dentistry
State of the higher education institution
"Uzhhorod National University", Uzhgorod,
Ukraine*

Summary : Tooth – jaw system – a complex hierarchical functional system, which combines functional subsystems such as the temporo – mandibular joint, jaw, periodontal, teeth, muscles and salivary glands. Tooth – jaw system, its individual subsystems and bodies are responsible for chewing, respiratory functions, as well as swallowing and speaking.

Key words : tooth – jaw system, temporo – mandibular joint, children, age periods.

Tooth – jaw system – a complex hierarchical functional system, which combines functional subsystems such as the temporo – mandibular joint, jaw, periodontal, teeth, muscles and salivary glands. Tooth – jaw system, its individual subsystems and bodies are responsible for chewing, respiratory functions, as well as swallowing and speaking.

Components of the tooth – jaw system: 1) solid footing – the bones of facial skeleton and temporal – mandibular joint. 2) chewing muscles. 3) The authorities intended

to create, and promote the formation of food bolus, prepare it for swallowing, and bodies responsible for broadcasting and of sound – lips, cheeks, palate, teeth and tongue. 4) Organes for grinding food - teeth. 5) Organes for wet food processing and its fermentation – the salivary glands of the mouth.

Each age period has a number of features.

Among infants brain skull prevails over facial. Reducing of the height of the middle and lower parts of the face is caused by the fact that their height is fixed only on the predeciduous dentitions.

The upper jaw is short and wide, consists of two symmetrical halves, which are combined by the longitudinal seam.

Palate is flat, with 4 – 5 pairs of distinct transverse folds.

The lower jaw is smaller in size than the upper, consists of two halves of nonunion, which are connected by connective tissue. The angle of the mandible 135 – 140° mandibular branch has occipital slope.

Chin sloping back, which causes a physiological condition retromandibulism kids. These creations promote breastfeeding.

For topographical location of both jaws are part of the skull and facial masticatory apparatus involved in food intake, bolus formation, of sound and performance of lung function. Both jaws are similar in structure and each of them depending on age consists of two arcs, and alveolar basement – in infants and three arches: basal, alveolar and dental – in older children. They have the same number of teeth and the alveoli (each jaw contains 18 dental germs – 10 deciduous teeth and permanent teeth germs 6 (1,2,3,6 teeth).

Development of the chewing muscles is weak, as it has not yet started to function, various tubercle gingivals, ridges and lines

are mild. However, with the advent of sucking function muscle differentiated. The act of sucking is accompanied by the nomination lower jaw forward and its next shift in the distal direction, due to which there is regular training lateral of the pterygoid muscle.

Cheek – is an anatomical formation, which forms the side surface of the face, and is the outer wall of the mouth, it consists of skin, muscle and plum layers. In the interior of the cheeks fat pads are located – sucking pad. Interlayer fat cheeks is an independent multicellular body contained in its own capsule. This formation provides a negative pressure in the mouth during sucking.

Lips – a skin – muscle folds that limit entry into the mouth. The lips of the newborn are swollen, similar to the trunk, cross striped (Pfaundlera rollers – Lyushka) with sucking pad on the upper lip, thereby this formation the child tightly covers the nipple. The upper lip prevails over the lower forming step Province.

Gingival membrane – specific formation that is duplication mucosa comb – shaped in the frontal area of the upper and lower jaws (plica Robin – Mazhyto). It is rich in small papillary bumps, blood vessels, has a large number of elastic fibers.

Structural features of the temporo – mandibular joint in newborns: the head of the articular process has nearly round shape. Fossa is flat, no articular tubercle before, but there is a pronounced articular cone behind, limiting the movements of the lower jaw to the side of the middle ear. Articular soft disk consists of collagen fibers, no nap synovial membrane of the joint capsule. These features are caused by sucking process, characterized by a predominance of motion in the sagittal plane.

The tongue is large in size.

Mostly infantile type of swallowing, which is characterized by laying tongue between the alveolar bone and rejection of the closed lips.

Also for combining the processes of breathing, sucking and swallowing in infants is available high location of the entrance to the larynx.

Due to the growth and development of the child, a tooth – jaw apparatus changes, new functions appear or develops the restructuring of the existing ones.

During 6 – 7 months of life of the baby there is active development of the alveolar bone, thick basal part of the lower jaw and its branch, the value decreases mandibular angle changes architectonic mandible. Develops even, consistent and timely eruption of the deciduous teeth.

Teeth – are part of a chewing – conversational system, which is a set of bodies involved in chewing, breathing, voice and speech formation.

Due to the main function teeth are divided into the following types:

- Cutters – the front teeth that are cut first among the children and are used to capture, nibble and cutting food;
- Fangs – conical teeth that serve to breaking and keeping food;
- Premolars (small indigenous) – designed for crushing, grinding food, and they can be used for tearing food. This group is characterized only for permanent teeth bite;
- Molars (large indigenous) – rear teeth that are used for grinding food often have three roots in the upper jaw and two – on the bottom [2].

Tooth - jaw system of a person is an example of differentiated heterodontic system (as

within certain groups of teeth there are present clear differences of individual teeth apart) difiodontic type (single teeth shift) with tecodontic placement of teeth (each tooth is placed in a separate cell jaw – alveolus) [1].

Due to the complexity of the function of the tooth – jaw apparatus (the act of sucking, teething of the temporary front teeth with the inclusion of the nibble act) shows the combined effect of the chewing muscles. In particular, the nomination of the lower jaw forward to the required level is lateral pterygoid muscle, and the bite is the result of the simultaneous reduction of the front edges of chewing, medial pterygoid and temporalis muscles.

Since, baby food range is expanding, then moves the lower jaw differentiate, burden on the land side of the jaws increases. Begin to dominate movements in the transversal plane.

At the age of 16 – 18 months under the influence of functional loads that occur during sucking and independent eating of the child and after the eruption of deciduous teeth the shape and structure of the temporo – mandibular joint changes. After the eruption of the first molars temporary sites is separate toothless jaws and physiological rise first bite. Articular tubercle increases articular fossa deepens. Articular disk as the deepening of the pit and mound growth, thin in the center and becomes biconcave shape. Articular cone atrophy. Due to mesial moving jaw function under physiological stress and increase bite, is moving head articular process to the front and slightly to the bottom. At this age, children articular surface covered with a thin and fragile connective cartilage.

The shape of the dental arches of the upper and lower jaws – semicircle on the

upper jaw larger radius. Palatum is concave, domed. The branch of the mandible takes a vertical position. Tongue occupies relatively smaller part of the area of the oral cavity, salivary glands produce saliva actively. Mostly somatic type of swallowing. Nasal breathing.

6 - 7 years after the eruption of the first permanent molars and due to the strong growth of the jaws, develops the second physiological occlusion and mesial displacement of the mandible. The articular head of the articular process continues to shift to the front, resulting in it is placed in the center of the articular fossa.

By this age, glenoid fossa has a clear, well-developed articular tubercle and the articular disc adopts biconcave shape. By the time of eruption of permanent teeth head articular process increases the transverse direction, takes the form of an ellipsoid and leans to the front.

The form of the face – proportional, with approximately equal top, middle and bottom.

As a result of the formation of permanent occlusion of upper jaw takes the form of half an ellipse, and the lower – parabola.

The muscular frame the face is developed, all the muscles are actively involved in chewing and facial expressions. Formed masaterial, temporal or mixed types of chewing.

Chewing movements are carried out in all directions: vertical, sagittal and transversal.

Thus, movements in the sagittal direction occur in humans due incongruence joint. The rear wall of the articular fossa, as a joint rodents not closely adjacent to the joint head and gives it the opportunity to make trips back and forth.

Joint rights occur as vertical movements that articulated. The implementation of these joint movements should be held along the lines ginglyms (must be ginglyforms). For normal and clear articulated movements necessary correspondence between the articular fossa and articular head. Meanwhile, the glenoid fossa in the temporo – mandibular joint of most human head. Reduction of the articular fossa contribute to such anatomical joint, rear bag attached to its end closer to the front wall Glaser gap; thus articular fossa is not all well, but its front (on the articular tubercle to Glaser gap). Reducing holes also helps drive filling of holes. Authenticity joint also increases due to cartilage that covers both surfaces, which articulate. Moreover biconcave disc-shaped fibrous layer and the back of the bag also contribute to the formation ginglyms. The disc, including the head of its rear surface, moving the joint turns into a hole in the articular head which makes articulated movements. These features and create favorable conditions for articulated movement.

As for transversal movements, for their implementation morphology of human

joints should resemble anatomical joint of herbivores. In herbivores, as said articular concave surface represents the head, and the temporal bone instead of holes, in concave surface is bulge. The joint rights, by contrast, has the concave surface of the temporal bone in a joint fossa and articular head man is a convex surface. But to create opportunities to make lateral movements there are the disk and articular tubercle. The disc, joining the joint head, turns it into a concave surface because of its biconcave form, and articular tubercle is convex surface on the temporal bone. In lateral movements that a person, unlike animals is one-sided, glenoid head on the side on which the muscles, comes with a disc with holes on the articular tubercle, slides on it forward, downward and inward, and thus there is lateral movement. Thus, the shape of the temporomandibular joint in humans because of anatomical structures – and drive tubercle – well suited for functional lateral movements.

These chewing movements and anatomical lesions allow to describe the temporo – mandibular joint as a pair, combined, double axial, incongruently [3].

REFERENCES

1. Н. Н. Воронцов Неравномерность темпов переобразования органов пищеварительной системы у свавцов и принципы компенсации функций. / М.: Наука // Н.Н. Воронцов. 1993. С.1494-1497
2. Н. В. Головки Ортодонтия. Развитие прикусу, диагностика зубо – щелепных аномалий, ортодонтический диагноз. / Полтава // 2003. С. 30-42.
3. П. С. Фліс Ортодонтия. / Київ – Вінниця: Нова книга // 2007. С. 30-46.

УДК: 616.314.25/26-053.5(477.87)

ОСОБЛИВОСТІ ФОРМУВАННЯ ПАТОЛОГІЙ ПРИКУСУ У НАСЕЛЕННЯ ЗАКАРПАТСЬКОЇ ОБЛАСТІ ВІКОМ 12-15 РОКІВ

Фера О.В., Костенко Є.Я., Фера
М.О., Крічфалушій С.І., Лебедєва
О.І.

*Ужгородський національний університет,
стоматологічний факультет, кафедра
ортопедичної стоматології, м. Ужгород,
Україна*

Summary : We investigated the influence of different environmental factors, that occur during the life time. We want to present results of this study to the publicity in order to reduce the frequency of different occlusion pathologies occurrence. We can also offer a number of preventive measures that will help significantly reduce the frequency of the studied pathologies. We propose to present our recommendations in the form of booklets or bulletins.

Key words : bite, children, pathology, the correlation coefficient .

Постановка проблеми у загальному вигляді та її зв'язок з важливими науковими чи практичними завданнями. На сьогоднішній день не існує достатньої кількості рекомендацій, використання яких дає можливість запобігти виникненню патологій прикусу

[5.с 2-3]. Морфо-функціональні порушення зубо-щелепового апарату часто стають причиною виникнення супутніх захворювань, а патології щелепно-лицевої ділянки стають причиною порушення не лише функції, але і естетики, що особливо актуально в наш час.[1.с 12-13; 3. с. 25-27].

Аналіз останніх досліджень і публікацій, в яких започатковано розв'язання проблеми. Дослідження з питань особливостей формування патологій прикусу у населення Закарпатської області віком 12-15 років було проведено вперше і включало в себе вивчення особливостей формування пато-логічних співвідношень щелеп у залежності від етіологічних факторів та вивчення співвідношення зубних рядів у підлітків віком 12-15 років. Крім методів лікування на підставі дослідження ми можемо запропонувати ефективні методи профілактики таких стоматологічних захворювань, як: перехресний прикус, відкритий прикус, патологічна прогнатія.

Не вирішені питання. Відсутня статистика частоти появи зубо-щелепових аномалій серед підлітків віком 12-15 років в Закарпатській області; відсутність розрахунку кількісної характеристики зубо-щелепових аномалій у підлітків 12-15 років Закарпатської області.

Мета. Визначити частоту появи та розрахувати кількісну характеристику зубощелепних аномалій серед підлітків Закарпатської області віком 12-15 років; визначити фактори ризику виникнення стоматологічних захворювань; встановити найбільш поширені етіологічні фактори зубо-щелепних аномалій; визначити кореляційну залежність між етіологічними чинниками та частотою виникнення аномалій прикусу.

Методи та матеріали дослідження.

При проведенні даних досліджень ми використовували математично-статистичні методи обробки даних з використанням комп'ютерних програм, аналіз соціологічних анкет та медичної документації, результати стоматологічних оглядів.

Результати та їх обговорення. У ході дослідження було проведено аналіз зв'язків факторів способу життя та 5 типів патологій прикусу, що найбільш поширені у дослідженої вікової категорії – 12-15 років. Очевидно, що саме за цими факторами добре розрізняються чинники способу життя, які мають вплив на формування патологій прикусу (табл. 1).

Загальна кількість анкет: 201

Кількість анкет по типам прикусу:

Ортогнатичний – 73

Відкритий прикус – 63

Перехресний прикус – 27

Прогнатія фізіологічна- 20

Прогнатія патологічна – 18

Кількість факторів, вплив яких визначали:
15

Ці фактори:

- «стан здоров'я»;
- «скарги на момент звернення»;
- «частота звернення до лікаря-ортодонта»;
- «відвідування логопеда»;
- «травми щелепно-лицевої ділянки»;
- «звернення до ЛОР та проблеми з ЛОР-органами»;
- «проблеми матері під час вагітності»;
- «тип вигодовування»;
- «інфекційні чи вірусні захворювання»;
- «термін використання пустышки»;
- «шкідливі звички»;
- «кількість прийомів їжі в день»;

- «частота вживання твердих харчових продуктів»;
- «частота чищення зубів»;
- «використання допоміжних засобів під час чищення зубів».

При рівні значущості $p=0,05$, критичне значення розподілу Ст'юдента $t=1,96$. Якщо обраховані значення більші або рівні за це « t -критичне», то ранговий коефіцієнт Спірмена є значущим. Якщо ні, то вони мають випадковий характер. Рівень достовірності $p < 0,05$ є достатнім для медичних досліджень. Отже, з ймовірністю 95% можна стверджувати що результати мають не випадковий характер. Ми привели значення коефіцієнтів Ст'юдента тільки для тих факторів, значення яких вищі за критичне (1,963932), адже значення коефіцієнтів для інших факторів менші, отже, швидше за все вплив даних факторів на формування відповідних патологій є випадковим або його значення недостатне для того, щоб стверджувати, що фактори точно впливають на формування патологій. Для таких факторів, як: «звернення до лікаря-ортодонта», «термін використання пустышки» (рис.2), «частота вживання твердих харчових продуктів», «статус матері під час вагітності» (рис.3), «тип вигодовування» (рис.4), «травми щелепно-лицевої ділянки» (рис.1) коефіцієнт Ст'юдента вищий за критичне значення, отже, ці фактори на 95% впливають на формування патологій. Щодо частоти звернень до лікаря-стоматолога можемо сказати, що вони не впливають на формування патологій, однозначно. Але точно можемо говорити, що дефект щелепно-лицевої ділянки спонукає до звернення до лікаря, що і зумовило таке високе значення відповідного коефіцієнта.

Таблиця 1

Значення коефіцієнтів кореляції

Фактори впливу	Види прикусу				
	Ортогнатичний	Відкритий	Перехресний	Прогнатія патологічна	Прогнатія фізіологічна
	12-15	12-15	12-15	12-15	12-15
Стан здоров'я	-0,09	0,13	-0,14	0,08	0,09
Скарни на момент звернення	-0,07	0,16	0,12	0,31	0,32
Звернення до лікаря-ортодонта	-0,5	0,69	0,6	0,5	-0,46
Відвідування логопеда	0,22	-0,29	0,47	0,25	-0,44
Травми щелепно-лицевої ділянки	0,31	0,64	0,64	0,6	0,4
Звернення до отоларинголога та проблеми з ЛОР-органами	0,3	0,28	-0,3	0,41	0,22
Проблеми матері під час вагітності	-0,23	0,13	0,4	0,65	-0,52
Тип вигодування	0,44	0,78	0,82	0,67	0,29
Інфекційні чи вірусні захворювання	-0,2	0,01	0,06	0,28	0,22
Термін використання пустышки	-0,56	0,87	0,76	0,54	-0,53
Шкідливі звички	-0,7	0,12	0,2	0,27	0,34
Кількість прийомів їжі на день	0	0,14	0,17	-0,26	0,51
Частота вживання твердих харчових продуктів	-0,23	0,59	0,92	0,64	0,6
Частота чищення зубів	0,07	0,05	0,21	0,24	0,14
Використання допоміжних засобів під час чищення зубів	0,71	0,47	0,82	0,04	0,34

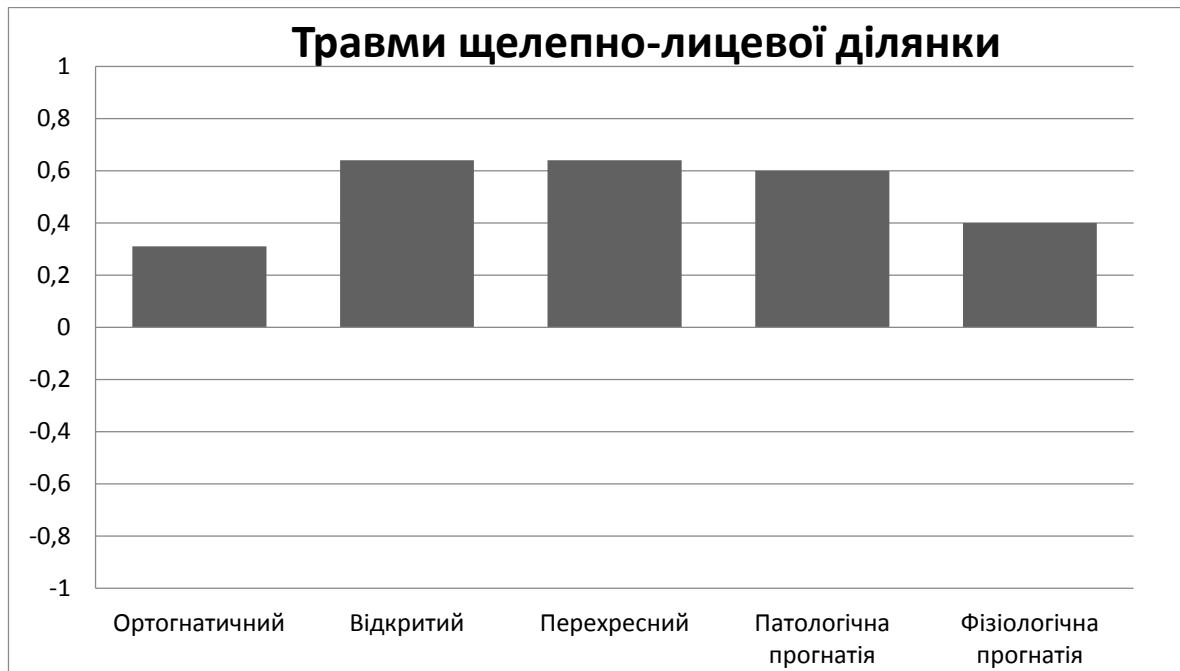


Рисунок 1. Кореляційна залежність між травмами щелепно-лицевої ділянки та формуванням різних типів прикусу

Принцип, за яким вираховували кореляційну залежність

Коефіцієнт від 0 до 0,3 – дуже слабка залежність;

Коефіцієнт від 0,3 до 0,5 – слабка залежність;

Коефіцієнт від 0,5 до 0,7 – середня сила залежності;

Коефіцієнт від 0,7 – 0,9 – високий ступінь залежності;

Коефіцієнт від 0,9 – 0,1 – дуже високий ступінь залежності.

Якщо коефіцієнт має від'ємне значення, то аналіз проводиться за відповідною до даної схемою, але з урахуванням, що залежність зво-ротня.

Спільні фактори впливу між групами дітей 6-12 та 12-15 з показником достовірності $p \leq 0,05$

- Частота звернень до лікаря-ортодонта $t=1,98$
- Термін використання пустушки $t=2,08$
- Частота вживання твердих харчових продуктів $t=2,1$
- Статус матері під час вагітності $t=1,97$

Спільні фактори впливу між групами дітей 12-15 та 15-18 з показником достовірності $p \leq 0,05$

- Травми щелепно-лицевої ділянки $t=1,99$
- Тип вигодовування $t=1,96$
- Термін використання пустушки $t=1,97$
- Частота вживання твердих харчових продуктів $t=2,06$

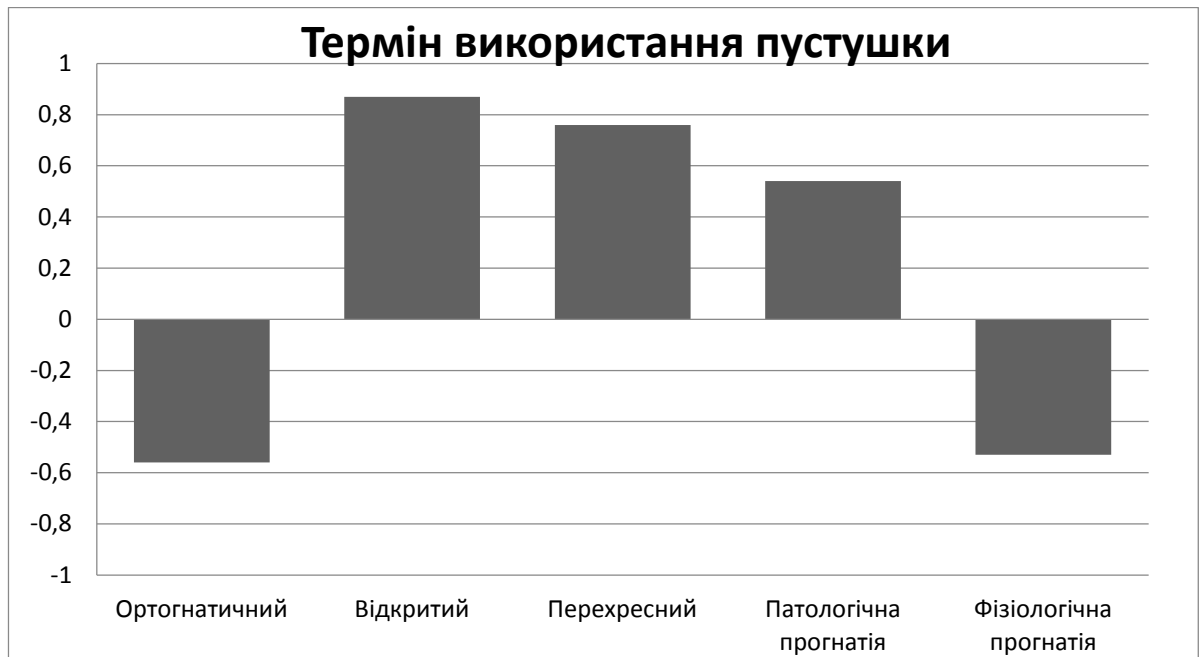


Рисунок 2. Кореляційна залежність між терміном використання пуштушки та формуванням різних типів прикусу

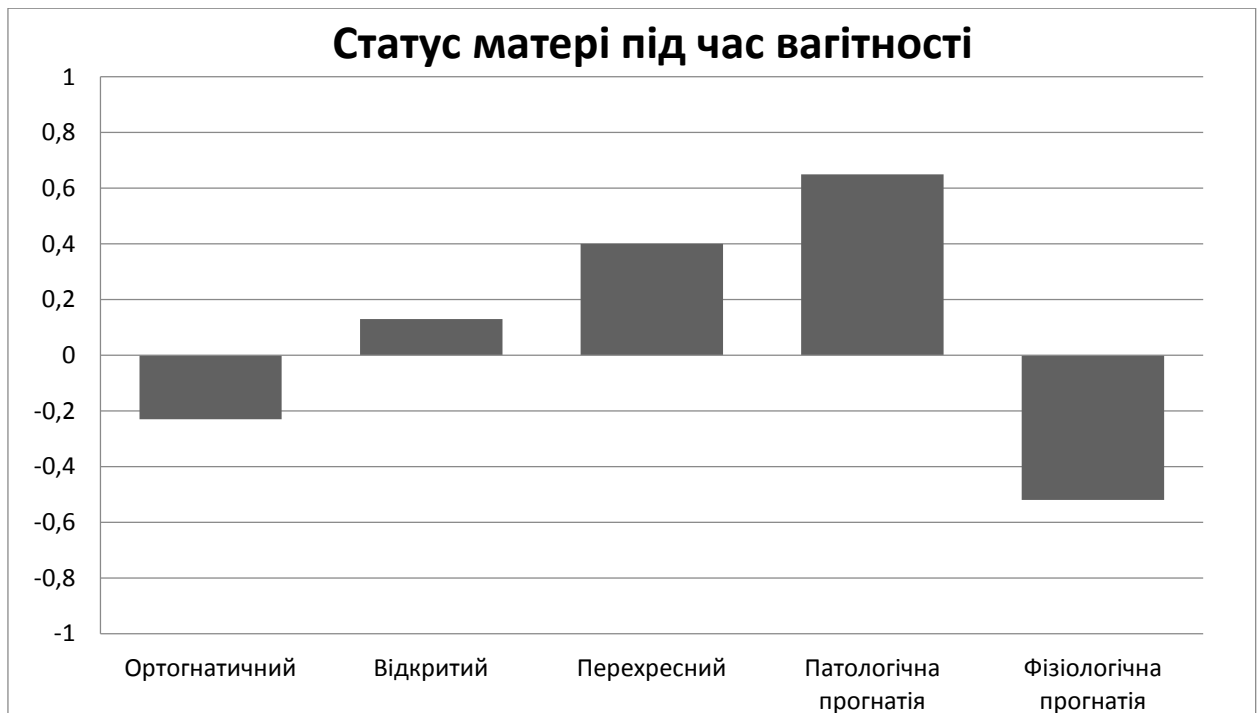


Рисунок 3. Кореляційна залежність між статусом матері під час вагітності та формуванням різних типів прикусу

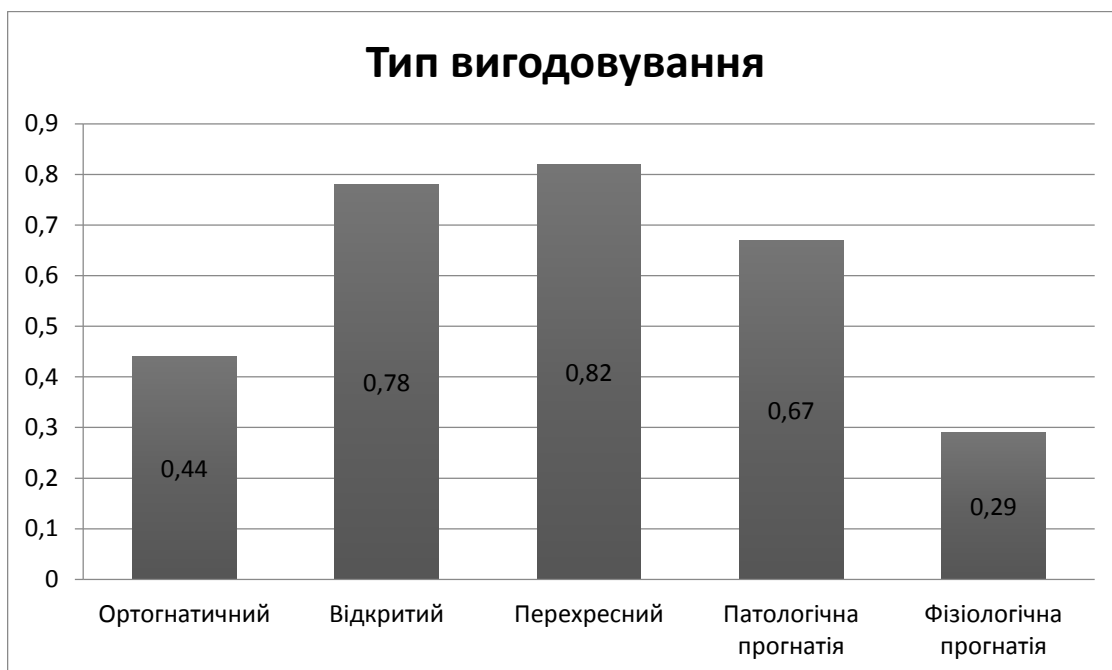


Рисунок 4. Кореляційна залежність між типом вигодовування та формуванням різних типів прикусу

Коефіцієнт репрезентативності

Коефіцієнт репрезентативності	Вік
Фактори впливу по якому робилась вибірка	12-15 років
Стан здоров'я	5,1706
Скарги на момент звернення	2,6306
Звернення до лікаря-ортодонта	3,0045
Відвідування логопеда	2,507
Травми щелепно-лицевої ділянки	1,9591
Звернення до отоларинголога і проблеми з ЛОР-органами	3,4659
Проблеми у матері під час вагітності	3,2099
Тип вигодовування	5,0002
Інфекційні чи вірусні захворювання	3,343
Термін використання пустышки	17,217
Шкідливі звички	3,3931
Кількість прийомів їжі на день	10,2961
Частота вживання твердих харчових продуктів	6,7701
Частота чищення зубів	5,526
Використання допоміжних засобів під час чищення зубів	2,7865

Висновки. 1. Визначено найбільш поширені етіологічні фактори зубощелепних аномалій, а саме: травми щелепно-лицевої ділянки, статус матері під час вагітності, тип вигодовування, перенесені інфекційні чи вірусні захворювання, термін використання пустышки, шкідливі звички, частота вживання твердих харчових продуктів, частота чищення зубів, використання допоміжних засобів під час чищення зубів.

2. Поганий догляд за станом ротової порожнини стає основною причиною виникнення досліджених патологій. Вчасна

діагностика патологій прикусу та визначення їх походження може допомогти усунути дефект без застосування радикальних методів.

3. Населення Закарпаття не достатньо ознайомлене з факторами, які можуть стати причиною виникнення патологій прикусу. На основі отриманих даних дослідження можемо запропонувати низку профілактичних заходів у вигляді санітарних бюлетнів та буклетів, що допоможуть значно знизити частоту прояву патологій прикусу.

ЛІТЕРАТУРА

1. Фліс П. В. Ортодонтія/ Підручник для студентів вищих медичних навчальних закладів. – Вінниця: НОВА КНИГА. 2007. – 312 с. (У підручнику описані описані фізіологічні та патологічні види прикусів, постнатальний розвиток зубощелепного апарату, вплив харчування на формування різних видів прикусів).
2. Василевська А. Д., Мухіна А. Д. Деформація зубощелепної системи у дітей. – К.: Здоров'я, 1975. – 182 с. (У книзі описаний вплив штучного вигодовування на фізіологічну ретрогенію, а саме: вплив розміру та форми соски, співвідношення розмірів соски до соска матері та поза дитини при штучному вигодовуванні).
3. Фліс П. В. Ортопедія/ Підручник для студентів вищих навчальних закладів. – К.: ВСВ «Медицина», 2010. – 328 с. (У підручнику описані фізіологічні та патологічні прикуси).
4. Хорошилкіна Ф. Я. Ортодонтія. Дефекти зубів, зубних рядів, аномалії прикуса, морфофункціональні порушення щелепно-лицевої ділянки та їх комплексне лікування. – Москва: МИА, 2006. – 544 с. (У книзі описано безпосередній вплив грудного та штучного вигодовування на формування прикуса, вплив м'якої їжі на формування прикуса у дітей віком від 3 років, вплив на формування прикуса карієса, втрати зубів, а також опосередкований вплив таких порушень фосфорно-кальцієвого обміну як рахіт).
5. Проффіт У. Р. Сучасна ортодонтія. – МЕДпрес-інформ, 2006. – 521 с. (Вплив жувальної сили на вертикальні розміри щелеп).
6. Райзман С. С. Практичний посібник з ортодонтії. – Москва-Ленінград: ДЕРЖАВНЕ МЕДИЧНЕ ВИДАВНИЦТВО. 1933. – 236 с. (У посібнику описані вплив аліментарного на формування прикусу, а також детально описаний вплив рахіту на розвиток зубощелепної системи).

7. Шеремет М. К., Кондратенко В.О. Прогнатія, її причини та вплив на вимову. Педагогіка та методики: спеціальні. Збірник наукових праць. Випуск II. – к.62001. – с. 87-93. (У статті описаний вплив темпорального та масетеріального типів жування на розвиток зубощелепної системи. Також розповідається про вплив штучного годування на формування прикуса).
8. Рожко М. М., Неспрядько В. П. Ортопедична стоматологія. – Київ: Книга плюс. 2008. – 576 с. (У книзі описані фізіологічні та патологічні види прикусів).
9. Головка Н. В. Ортодонтія. – Полтава, 2003. – 296 с. (У книзі описані види прикусів, онтогенез зубо-щелепного апарату у різні вікові періоди).
10. Анікієнко А. А., Камишева Л. І. Порівняльна характеристика інтенсивності вікових змін поздовжніх і вертикальних параметрів верхньої і нижньої щелеп у нормі і при сагітальних аномаліях прикуса// Нове у стоматології. – 1997. – Вип. 1 (51). 17-23 с. (У статті описані вікові зміни поздовжніх і вертикальних параметрів верхньої і нижньої щелеп у нормі і при аномаліях).
11. Дорошенко С. І. Вплив сагітальних аномалій прикуса на функцію жування і вимови / Київський державний медичний інститут ім. А. А. Богомольця. – Київ, 1968. (У праці описані сагітальні аномалії прикуса та їх вплив на функції жування).
12. Олексієнко Я. І., Шахматов В. А., Верещагіна О. П. Харчування та його вплив на здоров`я людини. – Полтава: ПП Чабаненко Ю. А. 2014. – 42 с. (У посібнику вказано про вплив харчування на здоров`я людини).

УДК: 616.314.25/27-053.8

Порівняльний аналіз результатів лікування пацієнтів з дисфункцією СНЩС із застосуванням шин та міогімнастики

Мартиць Ю.М.

*ДВНЗ «Тернопільський державний
медичний університет імені
І.Я. Горбачевського МОЗ України»,
асистент кафедри дитячої
стоматології.*

Summary : It was conducted a comparative analysis of treatment results patients with TMD using exercise therapy, splints and the combination of these two methods in this paper. It was described the scheme examination of patients before and after treatment using a visual analogue scale (VAS), special questionnaires and charts. It was shown significant improvement of patients condition and lack of statistically significant differences between the results in all 3 groups. However, it should be noted that the average duration of treatment in the group "C + M" was higher than the other two. Emphasized on the necessity of further long-term surveillance to determine the stability of the results of the treatment.

Key words : Дисфункція скронево-нижньощелепного суглоба (ДСНЩС), скронево-нижньощелепний суглоб (СНЩС), стабілізуюча шина, шинотерапія, міогімнастика.

Вступ. Дисфункція скронево-нижньощелепного суглоба (ДСНЩС) являє собою велику царину в стоматології

з дуже нечітким переходом від нормальної функції до дисфункції [23]. Основними скаргами таких пацієнтів є біль та клацання в ділянці СНЩС (20-85 %) [4,6,19,21], і лише 5-6 % відзначають біль, поєднаний з ДСНЩС [6,17]. Іншими симптомами, котрі часто зазначаються пацієнтами, є проблеми з шиєю та шийними м'язами, обмеження руху, парафункції, головний біль, дзвін у вухах. Клінічний досвід свідчить, що подібні симптоми не зникають самостійно та потребують адекватної терапії стану, що їх викликав.

Серед чисельних факторів, що можуть спричинити ДСНЩС, можна виділити оклюзійні інтерференції [33], гіперактивність скроневого та власне жувального м'язів [16], бруксизм [7] та психологічні фактори [13, 20, 37]. Також слід зазначити як підвищення порушень в ділянці шиї [5] та постурологічних розладів [33] у пацієнтів з ДСНЩС, так і підвищення кількості та частоти симптомів ДСНЩС у пацієнтів з проблемами шиї та постави [2].

Ефективність застосування шин для лікування як суглобового болю, так і для довготривалого лікування м'язового болю є різною за даними авторів [26, 28], і деякі дослідження виявили відсутність різниці в ефективності між оклюзійними та неоклюзійними апаратами [8, 38]. На противагу, інші чисельні дослідження виявили більшу лікувальну ефективність саме оклюзійних шин [3, 10-12, 42, 46].

Міогімнастика є загальноновизнаним методом, що застосовується для лікування розладів м'язів, особливо в ділянці шиї [40]. Однак, міогімнастика показала також хороші результати в лікуванні ДСНЩС [18, 25, 30-32].

Метою проведення даного дослідження було порівняння

ефективності шинотерапії та міогімнастики, а також поєднання цих двох методів при лікуванні ДСНЩС.

Матеріали і методи. Було проаналізовано результати лікування 97 пацієнтів, що проходили лікування в стоматологічному центрі ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет імені І.Я. Горбачевського МОЗ України». Перед початком лікування проводилось стандартне стоматологічне та ортодонтичне обстеження із занесенням даних в медичну картку.

Зліва 56 % обстежених мали співвідношення зубних рядів за I класом за Енглем, 38 % - II клас, 6 % - III клас. Справа це було 69 %, 28 % та 3 % відповідно. Достовірної різниці серед груп дослідження виявлено не було. Серед аномалій прикусу в вертикальній площині

було виявлено 6 % пацієнтів з відкритим прикусом та 19 % - з глибоким, серед аномалій в трансверзальній площині – 17 % з перехресним прикусом.

Перед та після лікування ми оцінювали та порівнювали наступні параметри:

1. Суб'єктивна оцінка болю із застосуванням візуальної аналогової шкали (Visual analog scale, VAS). З цією метою пацієнтам пропонувалось суб'єктивно оцінити рівень вираженості больових проявів від «відсутність болю» до «виражений біль» за допомогою графічних символів на одному боці шкали. Після цього лікар за шкалою на зворотньому боці шкали визначав цей показник в цифровому значенні від 1 до 100 (рис. 1).



Рис. 1: Візуальна аналогова шкала.

2. Стоматологічний статус та функціональна діагностика проводились із застосуванням анкети, де пацієнту пропонувалось дати відповіді «так» або «ні» на 10 запитань. При цьому в разі

позитивної відповіді слід було зазначити ступінь вираженості даного симптома в цифровому вигляді від 1 до 3 по мірі його зростання (рис. 2). В кінці анкети ми визначали «оклюзійний індекс» -

цифровий показник, який є часткою при діленні суми балів позитивних відповідей на кількість позитивних відповідей та

використовується для об'єктивної оцінки стану та його змін.

		Оцінка Valuation	Так Yes	Ні No
1	Чи маєте Ви проблеми з жуванням? Do you have problems when you chew?			
2	Чи маєте Ви проблеми, коли Ви розмовляєте? Do you have problems when you are talking?			
3	Чи маєте Ви проблеми при закриванні зубів правильно? Do you have problems in closing your teeth properly?			
4	Чи мають якісь з Ваших зубів підвищену чутливість? Are any of your teeth especially sensitive?			
5	Чи маєте Ви проблеми при широкому відкриванні рота? Do you have a problem when you open your mouth very wide?			
6	Чи маєте Ви шуми в суглобі, якщо так, з якого боку? прав/лів Do your jaw joints make noise and if so, on what side? right/left			
7	Чи маєте Ви біль в ділянці суглобів? Do you have pain in the area of your jaw joints ?			
8	Чи страждаєте Ви від головних болей? Do you suffer from headaches?			
9	Чи бувають судоми або спазми в голові, шиї або грудній клітині? Do you suffer from cramps or spasm in your head, neck or throat?			
10	Чи маєте Ви проблеми з поставою? Do you have in general problems with your posture?			
11	Чи маєте Ви звичку стискати або терти зубами в денний час? Are you grinding or pressing with your teeth in daytime?			
12	Чи Ви скреготете зубами під час сну? Do you grinds his teeth during sleep??			
13	Чи маєте Ви відчуття болю, дискомфорту в щелепно-лицевій ділянці після пробудження? Do you have pain, discomfort in the maxillofacial area after awakening?			
Оклюзійний індекс/ Occlusal index				

Рис. 2: Анкета.

3. Обстеження м'язів проводилось шляхом двобічної симетричної порівняльної пальпації як окремих м'язів, так і ділянок. Пацієнтам пропонувалось охарактеризувати свої відчуття як

«відсутність болю або дискомфорту», «наявність дискомфорту», «наявність болю». Результати заносились до спеціальної таблиці (рис. 3).

	Діагностика м'язів/Muscle diagnosis	right		left	
		+	++	+	++
1	Плечі та шия/Shoulders and neck				
2	Атланта-окципітальна ділянка/Atlanto-occipital region				
3а	M. temporalis ant.				
3в	M. temporalis med.				
3с	M. temporalis post.				
4а	M. masseter (superficialis)				
4б	M. masseter (profundus)				
5	Tuber maxilla				
6	M. pterigoideus medialis				
7	M. mylohyoideus				
8	M. digastricus				
9	suprahyoidale M.				
10	infrahyoidale M.				
11	Larynx				
12	M. sterno-cleido-mastoideus				
13	M. omohyoideus				
14	Язик/Tongue				
15	порівняльна пальпація СНЩС/comparative palpation of jaw joints	right		left	
		+	++	+	++
	а) латеральний полюс, в статиці/lateral poles, statically				
	б) латеральний полюс, в ротації/lateral poles, in rotation				
	с) ретросуглобова ділянка/ retral joint space				
	д) Lig. temporo-mandibulare				

Рис. 3: Таблиця оцінки результатів пальпації.

4. Ступінь відкриття рота (в мм) визначалась за допомогою стоматологічного штангенциркуля до початку та після закінчення лікування та заносилась до медичної карти пацієнта.

Група, пацієнти якої отримували лише лікування за допомогою шин, була позначена як група «С», група, якій проводилась міогімнастика – «М», група,

в якій застосовувались обидва методи – «С+М».

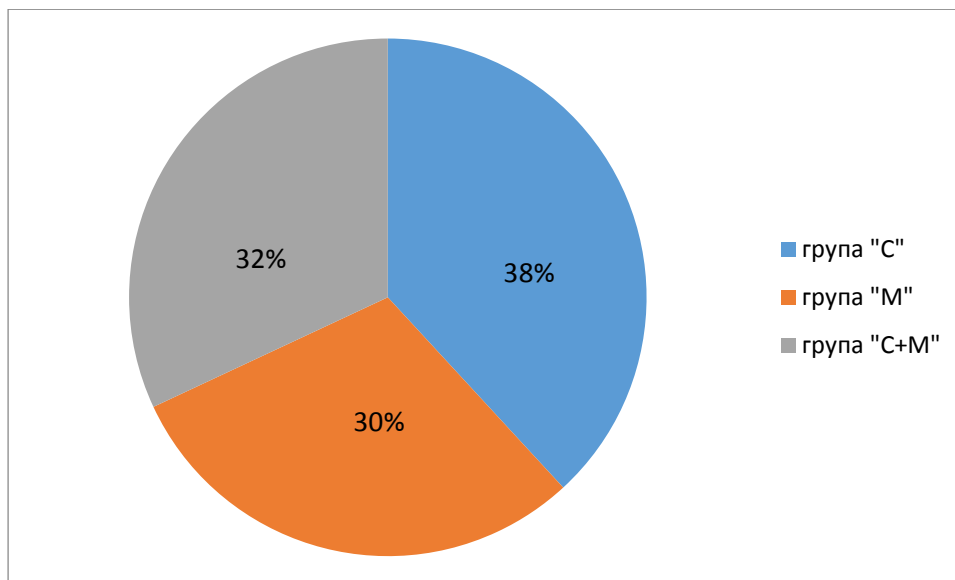
Релаксуючі стабілізуючі оклюзійні шини виготовлялись в положенні центрального співвідношення щелеп (ЦС) із застосуванням повністю регульованого артикулятора Reference XL (Gamma Dental, Австрія) шляхом комп'ютерного фрезування на мали плоску гладку поверхню з максимальною кількістю

контактів при мінімально можливій висоті підняття прикусу. Для уникнення інтерференцій в бічних ділянках під час латеротрузійних рухів моделювалось іклове ведення. Протрузійне ведення було змодельоване на фронтальних зубах. Пацієнти отримали вказівки щодо користування шиною не менше 18 годин на добу протягом 2-х місяців. Оклюзійні контакти коригували в момент накладання шини, а також на 3, 7, 14 добу та 1 місяць.

Міотерапія проводилась досвідченими масажистами протягом 30

хвилин (10 сеансів) та включала в себе масаж м'язів, що боліли шляхом їх легкого розтягування, погладжування, постукування, контрольоване відкривання та закривання рота, вплив на СНЩС, корекції постави та самомасажем жувальних м'язів в домашніх умовах.

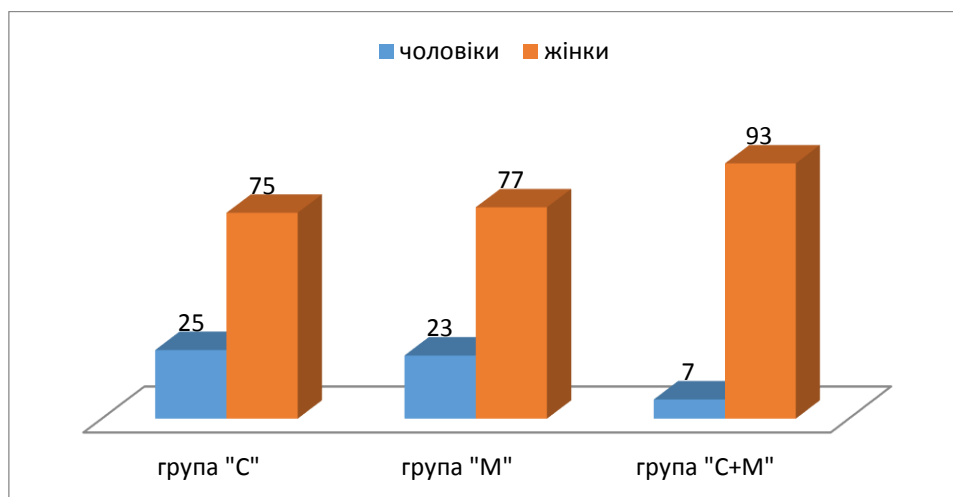
Результати дослідження та їх обговорення. Розподіл пацієнтів по групах був наступним. Група «С» складалась з 37 пацієнтів (38%), група «М» - 29 пацієнтів (30%), група «С+М» - 31 пацієнт (32%) (діаграма 1).



Діаграма 1: Розподіл пацієнтів по групах (%).

Серед пацієнтів переважали жінки (78%). По групах це співвідношення було наступним (Ж/Ч): група «С» - 75/25%,

група «М» - 77/23%, група «С+М» - 93/7% (діаграма 2).



Діаграма 2: Розподіл пацієнтів за статтю (%).

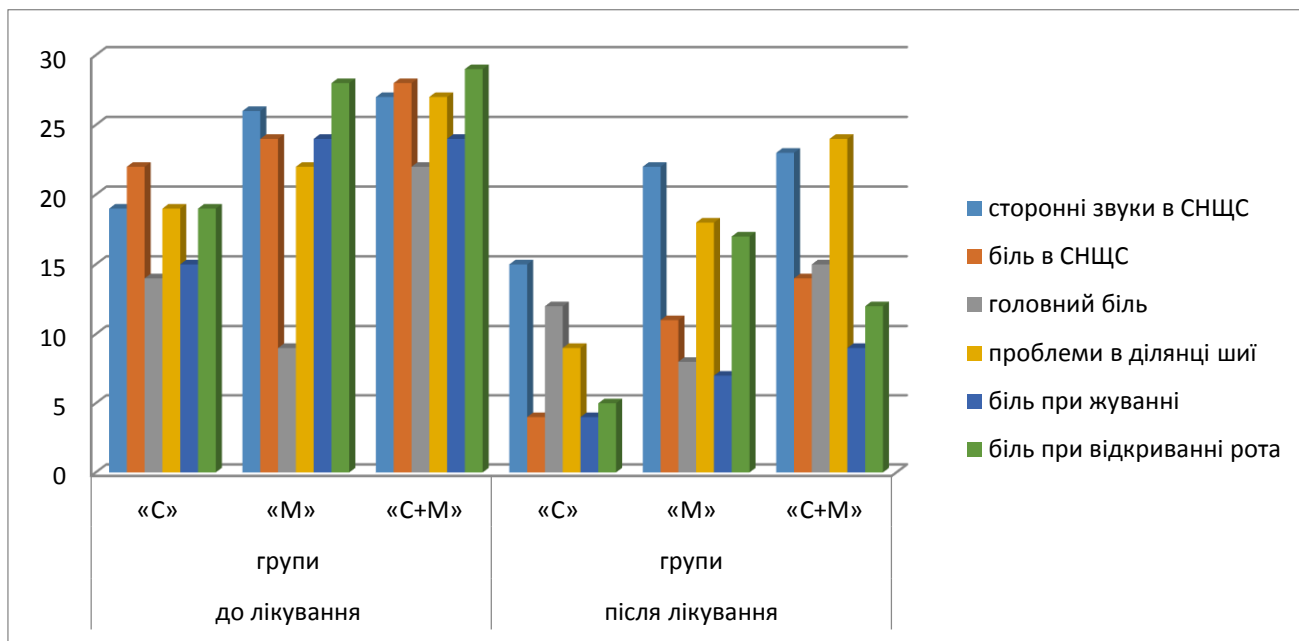
Середній вік становив $36,5 \pm 11,7$ років (група «С» - $34,2 \pm 10,1$, група «М» - $38,8 \pm 9,3$, група «С+М» - $36,1 \pm 12,7$).

В групі «С» у 14 % пацієнтів було виявлено правобічне клацання в СНЩС, у 16 % - лівобічне, у 24 % - двостороннє. В групі «М» дане явище зліва було виявлене у 33 %, справа – у 3%, з обох боків – у 13 %. В групі «С+М» цей прояв виявили у 20 % зліва, у 10 % справа та у 23 % з двох сторін. В групі «М» в одному випадку (3 %) було виявлено крепітацію зліва, в 4-х випадках (13 %) – справа та в 2-х випадках (7 %) з двох сторін. В групі «С» - 2 випадки (7%) зліва та 5 випадків білатерально (14 %). В групі «С+М» - у 2-х пацієнтів (7 %) зліва та у 3-х пацієнтів білатерально.

Функціональна діагностика не показала значних відмінностей серед пацієнтів всіх 3-х груп. У більшості пацієнтів всіх груп була відсутня гіперчутливість окремих зубів, складності із співставленням зубів в правильному положенні, проблеми із жуванням та мовленням. В той же час, 76 % пацієнтів вказали на наявність клацання в ділянці СНЩС, 44 % зазначили наявність головного болю та шуму у вухах, 70 % поскаржились на проблеми в ділянці ший. 61 % пацієнтів вказали на біль в ділянці суглобів при жуванні та 74 % - на складнощі при широкому відкриванні рота. При цьому значних відмінностей між групами виявлено не було (таблиця 1, діаграма 3).

симптоми	до лікування			після лікування		
	групи			групи		
	«С»	«М»	«С+М»	«С»	«М»	«С+М»
сторонні звуки в СНЩС	19	26	27	15	22	23
біль в СНЩС	22	24	28	4	11	14
головний біль	14	9	22	12	8	15
проблеми в ділянці ший	19	22	27	9	18	24
біль при жуванні	15	24	24	4	7	9
біль при відкриванні рота	19	28	29	5	17	12

Таб. 1: Порівняння основних анамнестичних симптомів до та після лікування (%)



Діаграма 3: Порівняння основних анамнестичних симптомів до та після лікування (%)

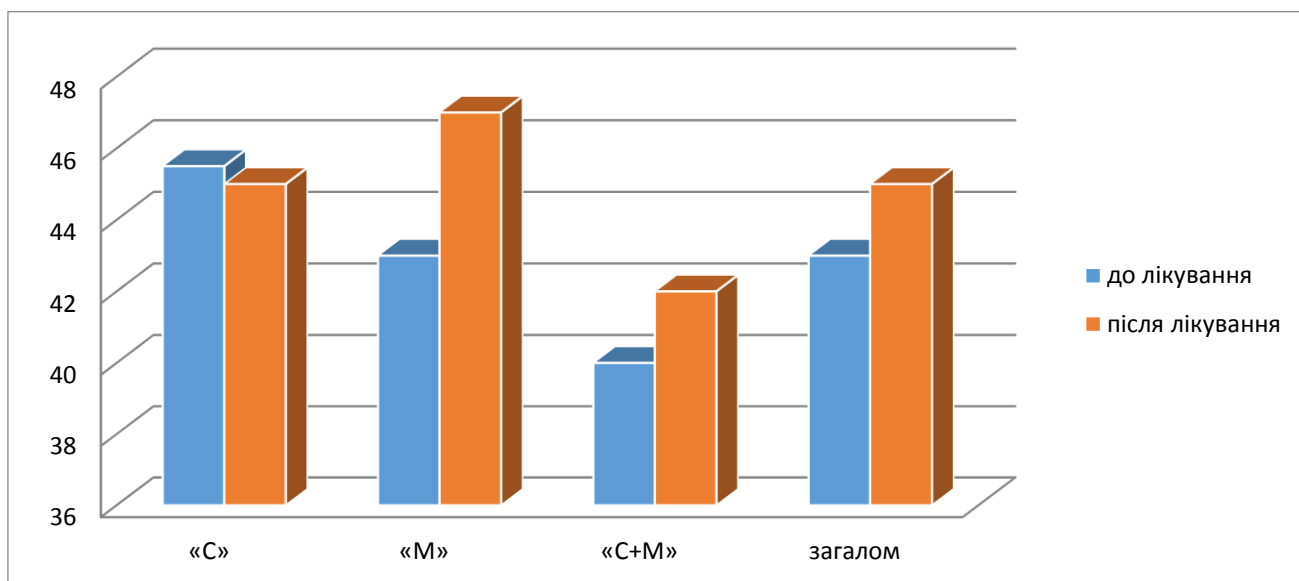
При початковому обстеженні м'язів було виявлено різницю в стані медіального крилоподібного м'язу між групою та іншими двома групами. Обстеження м'язів після лікування показало значне покращення у всіх групах ($p < 0.001$), але значної різниці між групами не було виявлено. В той час, як 23 % м'язів до лікування були болючі, то після лікування це показник склав 9 % (група «С» - 9/4 %, група «М» - 30/14 %, група «С+М» - 25/9 % відповідно).

Щодо суб'єктивної оцінки болю із застосуванням візуальної аналогової шкали (VAS), то серед пацієнтів різних груп під час початкового обстеження

статистично достовірних відмінностей виявлено не було. Після закінчення лікування відбулось значне статистично достовірне зниження цього показника в усіх групах ($p < 0.001$) без чіткої різниці між групами. Що ж стосується відкривання рота, то початкове обстеження показало значну різницю ($p = 0.047$) між групами «С» та «С+М» із значним переважанням в групі «С» (таблиця 2, діаграма 4). Результати після лікування виявили значне загальне покращення ($p = 0.001$). Тенденція щодо різниці ($p = 0.08$) була зазначена в групі «С+М».

ширина відкривання рота	групи			загалом
	«С»	«М»	«С+М»	
до лікування	45,5	43,0	40,0	43,0
після лікування	45,0	47,0	42,0	45,0

Таб. 2: Порівняння ширини відкривання рота до та після лікування по групах та в середньому (в мм)



Діаграма 4: Порівняння ширини відкриття рота до та після лікування по групах та в середньому (в мм)

Значне переважання жінок серед пацієнтів з ДСНЩС було зазначено в багатьох дослідженнях [15, 35, 36, 45], що і було підтверджено в нашому дослідженні. Розподіл за віком показав переважання осіб молодого та середнього віку, що також корелюється з даними інших авторів [22, 35, 39].

Головною метою нашого дослідження було порівняння ефективності різних форм лікування шляхом співставлення даних обстежень до та після проведення терапії. При цьому було виявлено покращення як суб'єктивних параметрів (кляцання та біль в СНЩС, біль при жуванні), так і об'єктивних (ширина відкриття рота). Також слід зазначити позитивну динаміку явищ, що зазвичай супроводжують ДСНЩС (головний біль, підвищений тонус м'язів атланта-потиличної ділянки та шиї).

Біль та обмежене відкриття рота, що його супроводжує, впливає на якість життя пацієнта. Ми

застосували VAS для суб'єктивної оцінки болю пацієнтом, оскільки вона містить графічні позначки та дозволяє уникнути навмисного спотворення даних пацієнтом [12, 24].

Чисельні дослідження описують позитивний ефект застосування оклюзійних шин для лікування ДСНЩС [3, 10-12, 42, 46]. При цьому в той час, як одні дослідження зазначають зменшення ступеню вираженості симптомів ДСНЩС при лікуванні стабілізуючими шинами в порівнянні з неоклюзійними апаратами [12], інші вказують на значну ефективність репозиціонуючих шин [46]. Також було виявлено позитивний довготривалий ефект шинотерапії у пацієнтів з ДСНЩС протягом 6-12 місяців [10]. Це відповідає результатам нашого дослідження.

Також чисельні дослідження описують позитивний вплив міогімнастики на стан пацієнтів з ДСЩС [18, 29-32]. У таких пацієнтів дане лікування призводить не тільки до

значного зниження болю, але і до збільшення відкривання рота [31]. В представленому дослідженні ми отримали аналогічні результати, що може вказувати на тісний зв'язок між ДСНЩС та постурологічними проблемами [33].

Слід зазначити, що в нашому дослідженні більшість виявлених покращень спотерігались в групі з поєднанням шинотерапії та міогімнастики. Однак, середня тривалість лікування в цій групі була більшою, ніж в інших двох. Це корелюється з даними

досліджень Brown та Gaudet щодо більшої ефективності поєданого застосування шин та фізіотерапевтичних методів при лікуванні ДСНЩС.

Перспективи подальших досліджень. Хоча в даному дослідженні не було виявлено значних статистичних відмінностей між результатами шинотерапії та міогімнастики як по-окремоті, так і в поєднанні цих двох методів, для визначення стабільності проведеного лікування необхідне подальше довготривале спостереження.

ЛІТЕРАТУРА:

1. Brown DT, Gaudet EL Jr. Temporomandibular disorder treatment outcomes: second report of a large-scale prospective clinical study. *Cranio* 2002;20:244-53.
2. Carossa S, Catalano S, Previgliano V, et al. The incidence of craniomandibular disorders in patients with cervical dysfunctions. A clinico-statistical assessment. *Minerva Stomatol* 1993;42:229-33.
3. Chung SC, Kim YK, Kim HS. Prevalence and patterns of nocturnal [24 bruxofacets on stabilization splints in temporomandibular disorder patients. *Cranio* 2000; 18: 92-7.
4. Ciancaglini R, Testa M, Radaellei G. Association of neck pain with [25 symptoms of temporomandibular dysfunction in the general adult population. *Scand J Rehabil Med* 1999;31:17-22.
5. Clark GT, Green EM, Dornan MR, et al. Cranicervical dysfunction [26 levels in a part sample from a temporomandibular joint clinic. *The Journal of the American Dental Association* 1987;115:251-6.
6. Conti PC, Ferreira PM, Pegoraro LF, et al. A cross-sectional study of prevalence and etiology of signs and symptoms of tempo-romandibular disorders in high school and university students. [28 *J Orofac Pain* 1996;10:254-62.
7. Cooper BC, Cooper DL. Multidisciplinary approach to the differential diagnosis of facial, head and neck pain. *J Prosthet [29 Dent* 1991;66:72-8.
8. Dao TT, Lavigne GJ, Charbonneau A, et al. The efficacy of oral splints in the treatment of myofascial pain of the jaw muscles: a controlled clinical trial. *Pain* 1994;56:85-94.
9. Diedrichs G, Bockholt R. Funktionsstorungen des Kausystems. Eine retrospektive Studie an 1778 Patienten der Westdeutschen Kieferklinik. *ZWR: Das Deutsche Zahnarztblatt* 1990;2:96-101.
10. Eckberg E, Nilner M. A 6- and 12-month follow-up of appliance therapy in TMD patients: a follow-up of a controlled trial. *Int J Prosthodont* 2002;15:564-70.

11. Eckberg E, Vallon D, Nilner M. The efficacy of appliance therapy in patients with temporomandibular disorders of mainly myogenous origin. A randomized, controlled, short-term trial. *J Orofac Pain* [33 2003;17:133-39.
12. Eckberg E, Vallon D, Nilner M. Occlusal appliance therapy in patients with temporomandibular disorders. A double-blind [34 controlled study in a short-term perspective. *Acta Odontol Scand* 1998;26:122-8.
13. Flor H, Birbaumer N, Schulte W, et al. Stress-related electromyographic responses in patients with chronic temporomandibular pain. *Pain* 1991;46:145-52.
14. Gaudet EL Jr, Brown DT. Temporomandibular disorder treatment outcomes: first report of a large-scale prospective clinical study. *Cranio* 2000;18:9-22.
15. Gernet W, Rammelsberg P. Kiefergelenkerkrankungen und Funktionsstörungen. In: Schwenzer N, Ehrenfeld M. *Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde, Band 3 Zahnärztliche Chirurgie*. Georg Thieme Verlag. Stuttgart, New York, 2000.
16. Gervais RO, Fitzsimmons GW, Thomas NR. Masseter and temporalis electromyographic activity in asymptomatic, subclinical, and temporomandibular joint dysfunction patients. *Cranio* 1989;7:52-7.
17. Goulet JP, Lavigne GJ, Lund JP. Jaw pain prevalence among French-speaking Canadians in Quebec and related symptoms of temporomandibular disorders. *J Dent Res* 1995;74:1738-44.
18. Grace EG, Sarlani E, Reid B. The use of oral exercise in the treatment of muscular TMD. *Cranio* 2002;20:204-8.
19. Grosfeld O, Jackowska M, Czamecka B. Results of epidemiological [41 examinations of the temporomandibular joint in adolescents and young adults. *J Oral Rehabil* 1985;12:95-105.
20. Gsellmann B, Schmid-Schwab M, Piehslinger E, et al. Anamnestic findings in patients with temporomandibular joint disease. *J Gnathol* 1995;14:41-46.
21. Hiltunen K, Schmidt-Kaunisaho K, Nevalainen J, et al. Prevalence of signs of temporomandibular disorders among elderly inhabitants of Helsinki, Finland. *Acta Odontol Scand* 1995;53:20-23.
22. Hugger A, Kordafi B. Zur Auswertung sagittaler Kemptomogramme des Kiefergelenks. *Deutsche Zahnärztliche Zeitung* 1993;48:37-44.
23. Krough-Poulsen W. The significance of the occlusion in temporomandibular function and dysfunction. In: Solberg W, Clark G; *Temporomandibular joint problems*. Quintessence Publishing Co. Inc. Chicago, Berlin, Rio de Janeiro, Tokyo, 1980;93-110
24. List T, Helkimo M, Andersson S, et al. Acupuncture and occlusal splint therapy in the treatment of craniomandibular disorders. Part I A comparative study. *Swed Dent J* 1992;16:125-41.
25. Magnussen T, Syren M. Therapeutic jaw exercises and interocclusal appliance therapy. A comparison between two common treatments of temporomandibular disorders. *Swed Dent J* 1999;23:27-37.
26. Major PW, Nebbe B. Use and effectiveness of splint appliance therapy: review of literature. *Cranio* 1997;15:159-66.

27. Maloney GE, Mehta N, Forgione AG, et al. Effect of a passive jaw motion device on pain and range of motion in TMD patients not responding to flat plane intraoral appliances. *Cranio* 2002;20:55-66.
28. Marbach JJ, Raphael KG. Future directions in the treatment of chronic musculoskeletal facial pain: the role of evidence-based care. *Oral Surg Oral Med O* 1997;83:170-6.
29. Michelotti A, Steenks MH, Farella M, et al. The additional value of a home physical therapy regimen versus patient education only for the treatment of myofascial pain of the jaw muscles: short-term results of a randomized clinical trial. *J Orofac Pain* 2004;18:114-25.
30. Nicolakis P, Erdogmus B, Kopf A, et al. Effectiveness of exercise therapy in patients with internal derangement of the temporomandibular joint. *J Oral Rehabil* 2001;28:1158-64.
31. Nicolakis P, Erdogmus B, Kopf A, et al. Effectiveness of exercise therapy in patients with myofascial pain dysfunction syndrome. *J Oral Rehabil* 2002;29:362-8.
32. Nicolakis P, Erdogmus B, Kopf A, et al. Effektivitat von Heilgymnastik in der Behandlung der Kiefergelenksdysfunktion: Langzeitergebnisse. *Phys Med Rehab Kuror* 2001;11:51-5.
33. Nicolakis P, Nicolakis M, Piehslinger E, et al. Relationship between craniomandibular disorders and poor posture. *Cranio* 2000;18:106-12.
34. Olsson M, Lindqvist B. Mandibular function before orthodontic treatment. *Eur J Orthod* 1992;14:61-8.
35. Ozawa S, Tanne K. Diagnostic accuracy of sagittal condylar movement patterns for identifying internal derangement of the temporomandibular joint. *J Orofac Pain* 1997;11:222-31.
36. Rammelsberg P, Gernet W, Neumaier U. Formen und Diagnose anteriorer Diskusluxationen. *Deutsche Zahnärztliche Zeitung* 1992;47:444-48.
37. Rauhala K, Oikarinen KS, Raustia AM. Role of temporomandibular disorders (TMD) in facial pain: occlusion, muscle and TMJ pain. *Cranio* 1999;17:254-61.
38. Rubinoff MS, Gross A, McCall WD Jr. Conventional and nonoccluding splint therapy compared for patients with myofascial pain dysfunction syndrome. *General Dentistry* 1987;35:502-6.
39. Schmid C, Muller J, Randzio J, et al. Magnetresonanztomographische Befunde bei Patienten mit Diskusverlagerung im Kiefergelenk. *Deutsche Zahnärztliche Zeitung* 1992;47:497-504.
40. Steed PA. The longevity of Temporomandibular Disorder Improvements after active treatment modalities. *Cranio* 2004;22:110-14.
41. Taimela S, Takala EP, Asklof T, et al. Active treatment of chronic neck pain: a prospective randomized intervention. *Spine* 2000;25:1021-27.
42. Wahlund K, List T, Larsson B. Treatment of temporomandibular disorders among adolescents: a comparison between occlusal appliance, relaxation training, and brief information. *Acta Odontol Scand* 2003;61:203-11.

43. Wanman A. Longitudinal course of symptoms of craniomandibular disorders in men and women. A 10-year-follow-up study of an epidemiologic sample. *Acta Odontol Scand* 1996;54:337-42.
44. Wexler GB, McKinney MW. Temporomandibular treatment outcomes within five diagnostic categories. *Cranio* 1999;17:30-7.
45. Wilkes C. Internal derangements of the temporomandibular joint pathological variations. *Arch Otolaryngol* 1989;15:469-77.
46. Williamson EH, Rosenzweig BJ. The treatment of temporomandibular disorders through repositioning splint therapy: a follow-up study. *Cranio* 1998; 16: 222-5.

UDC: 351.77:616.314-053.2+5577.118

ANALYSIS OF THE ETIOLOGICAL STRUCTURE OF THE CAUSES OF DENTAL DISEASES IN CHILDREN

Klitynska O.*, Ivaskevych V.**

**Doctor of Medical Sciences, Head of
Department of Pediatric Dentistry
**the assistant of the Pediatric Dentistry
State of the higher education institution
"Uzhhorod National University", Uzhgorod,
Ukraine*

Summary : Social survey the level of knowledge of oral care from the children's parents indicated that the overwhelming majority of parents have significant gaps in necessary health knowledge. The results of the conducted sociological research among adolescents outlined the basic concepts regarding dental health, and to implementation of dental preventive measures. Clinical studies revealed peculiarities of carious lesions of teeth in children of different ages.

Key ords : children, adolescents, prevention, social-hygienic function, dental status.

The publication is a part of the scientific theme of the Department of pediatric dentistry of the dental faculty of "Improvement of dental care to children living in conditions of biogeochemical deficiency fluoride and iodine", state registration number 0114U004123

Ukraine is a unique region on the prevalence of dental caries, the disease

rapidly spread throughout the countries of the former Soviet camp, with the exception of the Baltic States. High prevalence of dental caries in countries with the so-called "transition" economies, the third world countries and countries that recently have undergone drastic social upheaval. A high level of dental caries is characteristic of the Balkan countries, Central Asia and the Middle East (with the exception of the OPEC countries and Israel), is a fairly high prevalence of caries in South-East Asia (except Japan, Brunei, Singapore and South Korea) [10]. The experience of European countries, in particular, bordering with Ukraine, points to the feasibility of increasing the volume of preventive work in dentistry and in the direction of preventive measures and support systems the level of dental health [1,2, 5, 8, 9,].

Russian scientists (V. Wagner, W. Distel, N. Smolar, L. Khomenko) justify the need to improve medical services to the population taking into account the international experience and domestic conditions of life. According to researchers (A. Denga, K. Kosenko, N. Savychuk) the most common dental disease of childhood caries remains because of insufficient or missing clinical examination of the child population. Important to consider the prevention of caries in children residing in the biogeochemical conditions of the deficit of fluoride and iodine (A. Klotzsche, I. Koren, Y. Mukhin, A. potapchuk, A. Vaska).

In foreign publications (C. M. Figueiredo et al., 2008; G. D. Slade et al.) preventive measures should start early in childhood.

A review of recent research shows that the problem of maintaining the dental health of children is complex and its solution is possible provided the improvement of medical and organizational forms of

prevention. This determines the relevance and purpose of our publication.

The purpose of the study. To establish the linkages between the socio-hygienic operation and dental status of students of educational institutions of Uzhhorod.

Object of study: dental health and condition of hard tissue of teeth in children in educational groups in Uzhgorod.

Research methods: analytical, clinical, epidemiological, statistical, comparative and structural methods of analysis.

Materials and methods.

1. The study was conducted on the basis of the educational complexes and schools Uzhgorod. To the total study group was recruited 230 parents of children who have been with the consent offered to answer questions specifically developed questionnaire. From this questionnaire it was possible to establish information about gender, age of Respondent, age and sex of the child.

Parents were asked to answer the following questions:

1. When in Your opinion there is a bookmark a child's teeth?
2. Specify what are the main minerals needed for strength of the teeth?
3. Up to what age continuing the formation of the tissues of the tooth?
4. How often should I visit the dentist in children in the absence of dental problems?
5. Do You know what teeth most often affected by caries?
6. What foods are good for teeth strength?
7. Spread the usefulness of a food in descending order (1 – "cheese", 2 – "Apple", 3 – "salt", 4 – "brownies", 5 – "candy").
8. Specify the causes of tooth decay in children?
9. Specify how often Your child brushes his teeth.

10. A choice of brushes for cleaning Your child's teeth affects...?

11. Can I chew gum?

12. What will you offer to take the child to strengthen teeth?

13. From whom You expect help in maintaining the dental health of your child in the first place (put a rating on a scale from 1 to 8, where 1 is the most awaiting assistance, 8 – least expect aid) Options:

A) employees of the kindergarten;

B) pediatricians;

C) their parents;

G) an educational institution;

D) dentist;

E) the public;

F) familiar;

G) Internet resources.

Using a quota sampling according to the criteria of gender, age of parents and age of children were interviewed 230 respondents, of which 25% were parents aged 20-29 years, 40% of parents aged 30-39 years, 35% of parents aged 40 years and older. For the article – 45% of parents and 55% of mothers.

2. A sociological study of the level of knowledge of oral hygiene among high school students - 340 (160 boys and 180 girls) with a mean age of 16.4 years, who were asked to voluntarily answer the questions of a specially developed questionnaire.

The studies were carried out on the basis of the observation of a dentist's office, the outpatient Department of the Uzhgorod city children's hospital. The study group was formed during the execution of preventive examinations of adolescents who studied in educational establishments of Uzhhorod. There have been voluntary survey 340 people (160 boys and 180 girls) with a mean age of 16.4 years, who were asked to voluntarily answer the questions of a

specially developed questionnaire. The study group was formed at random with temporal randomization.

3. A study of the dental status of adolescents 1776, pupils of graduation classes of school institutions in the city of Uzhgorod (SOSH № 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 10, 12, 15, 19, school-Lyceum 20 and 22, "Harmony" Uzhgorod gymnasium, a Boarding school with profound studying of separate subjects, Uzhgorod economic Lyceum). The age of the students 16-17 years old. Of them: 1030 - 746 girls and guys. Research period: September 2014 and was completed in April 2015.

The study was conducted on clinical base of the Department of pediatric dentistry of the dental faculty of "Uzhgorod national University"

During routine inspection of a dentist with clinical and physical methods for the study of established dental diagnosis, and then determined the intensity of dental caries (caries-seal-removed – CPV), took into account the condition of the mucous membrane of marginal periodontium, alveolar bone, and malocclusion. For the clinical examination used a standard observation set are composed of dental mirror, probe and tweezers [6].

After the examination results entered in a register of the consultations and examined the patient received the appropriate medical advice, if necessary. Subsequently, journal entries were reviewed, carried out the calculation of the CPV for each clinical case, the results and intermediate calculations were recorded in a specially created worksheet of the Microsoft Excel document was formed the data base. Later, all results were reviewed and were revshawn those that were illogical, incomplete or false. For statistical processing was used the software packages

Microsoft Excel 1997-2003 and LibreOffice StatCalc 2.1. In the course of statistical processing was performed simple tests of nonparametric statistics in Microsoft Excel 1997-2003. After allocating the study group to the respective subgroups, depending on the objectives of the study, carried out simple tabular and comparative analysis.

The obtained results were compared among themselves and with the existing publications on the selected problem [6, 7].

Results and their discussion. A sociological study of the level of knowledge of oral hygiene to parents of children of younger school and preschool age indicated that the overwhelming majority of parents have significant gaps in necessary health knowledge, health workers — is not "opinion-leaders" in matters of dental care, knowledge about the physiology of dentition of the person are distorted and incomplete, do not realize the role a balanced diet in the prevention of dental diseases. In contrast, recognized the importance of calcium and fluorine as main elements in the prevention of dental caries, there is a trend towards product selection of healthy eating, conscious of the negative role of "light" carbohydrates.

By results of the conducted sociological research of students of adolescent age were identified their perceptions regarding dental health, and to implementation of dental preventive measures.

In respect of the periods of laying teeth, the vast majority of respondents — 72.5 percent believed that these processes occur immediately after birth, 20% said that "just before birth", and 7.5% of adolescents reported that the teeth are laid in the first 3 months of pregnancy.

On the role of macro - and micronutrients in the development of the teeth, 100% of

respondents indicated calcium and 40.9 per cent also cited phosphorus, 25% of respondents had some information about the role of fluoride. Other chemical elements of the Teens remembered

To the question "Until what age the formation of tooth tissue?", answers of teenagers were distributed as follows: 30% believe that the formation continues up to 18 years, 30 per cent for option "a lifetime", the rest of respondents are unable to answer.

On the question of the regularity of visiting a dentist even if there are no problems with teeth almost 100% of respondents answered twice a year visits to the doctor. The lesions of individual teeth carious process, about 30.5% believed that most often affects the upper front teeth, 32.5 per cent of all teeth, 37,0% - reported predominant lesion posterior teeth.

Regarding the use of teeth and other organs of the mouth, almost 100% of teenagers thought that the most useful are dairy products, 45,5% - vitamin complexes, 35.0% of the fish products.

The responses of adolescents, as in the previous study, resulted in a rating of the "usefulness" of the chosen list of foods that is shown in Fig. 3.3. Respondents also made up a rating of the usefulness of such products as apples, cheese, salt, cakes and candy.

Regarding the reasons for the development of caries among adolescents is almost 85.5% of the reported negative role of bacteria living in the mouth. 54.5% of respondents in this subgroup reported the etiological role of lung carbohydrates (cakes, candy, jelly), 40,5% - unpeeled teeth, 11.5% in other undefined reasons. Among teenage respondents 85 % reported brushing their teeth every day, 60% reported that brushing your teeth twice a day — morning and evening.

On choosing a toothbrush, 85% of respondents reported that the choice of brush for them dependent on parents (parents who buy the brushes and decide when to be replaced). 15% of adolescents highlighted the role of advertising in choosing a toothbrush.

To the provocative question, "can I chew gum?" almost 100% of respondents answered that it can be done after eating, but could not decide for how long and with what frequency during the day.

To the question what products it is advisable to use for strengthening teeth, the overwhelming number of adolescents (75.2 per cent) said that it is necessary to consume dairy products, about 42.5 %, reported the possibility of using fluorinated toothpastes, 36,5 % - reported the need of the use of vitamin complexes.

The results of the reconsideration of the initial review of documentation checkups for high school students of Uzhgorod, in the study group were included the results of the inspection 1776. After a thorough viewing and "culling" inaccurate and incomplete results are as follows: the average level of intensity of dental caries (CPV) amounted to $5,11 \pm 2,33$; among 1776 people stomatologically healthy was only 130 people, which was 7.3% of the total number examined; 408 people have been removed permanent teeth — and, accordingly, included defects of the dentition and were in need of orthopedic dental treatment to prevent the development of secondary dento-alveolar deformations, which amounted to 23 %. 231 a person had untreated periodontitis teeth — and, respectively, require endodontic therapeutic dental treatment, which amounted to about 13%.

In the future, the study group was divided into smaller subgroups, each of which

undertook the calculations of the CPV and the statistical data processing.

The obtained results point to the uneven incidence of dental caries in adolescents in different schools — from $4,06 \pm 1,69$ at a median of $M = 4$ secondary school № 3 to $7.69 \pm 3,12$ with median $M = 7,5$, which was observed in "Harmony". Overall, there was a trend to increase the level of intensity of dental caries in girls was discovered in a girls school № 2, 3, 4, 6, 12, 15, 19, 20, "Harmony" gymnasium of Uzhgorod and Uzhgorod economic Lyceum. At the same time, the structure of the CPV metric to the schools and the sex was even more heterogeneous.

So, a kind of "leader" in the number of affected untreated dental caries were the students of secondary school № 7 of the city of Uzhgorod, where the level of PFF was 6.31 ± 2.96 points to $6.79 \pm 2,90$; a fairly high rate "To" appeared in students "Harmony" - $3,78 \pm 2.03$ to $4.57 \pm 2,65$, and the figure for young men was formed so high, because of the existing excesses in the data; the least affected by untreated caries was the students of school № 3 - from $0.77 \pm 0,86$ to $0.67 \pm 0,87$. If we consider the overall trend according to the level of untreated caries in the structure of intensity of caries according to gender, we found that youths from SOSH № 2, 5, 7, 15, "Harmony" POP and Uzhgorod economic Lyceum, the level of untreated caries was higher than in girls. While in school № 4, 6, 8, 10, 12, 20 Uzhgorod gymnasium and the number of affected untreated dental caries was higher in girls. In school № 3 and 19 in this indicator among students of different gender no significant difference was identified.

You may also notice a sharp disparity in the number of affected untreated caries in students of school № 12. The girls average

number of teeth were made of $2.49 \pm 2,21$ boys - $0,81 \pm 0,91$. But the simple tabular analysis revealed only the average level affected untreated dental caries, their median, but does not reflect the fullness of the fluctuation characteristic.

Peculiarities of carious lesions of teeth in children of different ages. Dental caries affects of 92.7% of pupils of the senior group, the CPV is $5,11 \pm 2,33$; 23% of the surveyed have permanent teeth removed, according to the available dental defect, 13% have untreated chronic periodontitis.

The results show that among students of high schools of the city of Uzhgorod, the level of intensity of dental caries depends on the level of coverage contingent of dental hygiene, different needs in the form of dental care and the risk of development of secondary changes and deformations when leaving the situation in its current state.

Peculiarities of carious lesions of teeth in children of different ages. Dental caries affects of 92.7% of pupils of the senior group, the CPV is $5,11 \pm 2,33$; 23% of the surveyed have permanent teeth removed, according to the available dental defect, 13% have untreated chronic periodontitis.

Conclusions. The results of the conducted sociological and clinical studies that demonstrate the linkages between the socio-hygienic functioning and clinical condition of children, between the level of awareness of parents of children and all participants in the educational groups of the city. Uzhgorod and the level of dental health. The effect of socio-psychological features of development of children the selection of effective measures of prevention of dental diseases. The most prosperous on the part of the dental health of schoolchildren of the school № 3, 2, and memorial gymnasium, and the least satisfactory are the school №

7, 22, 20, the number of pupils which has a low discipline and low social status.

Prospects for further research we see in the disclosure patterns of medical social

conditions and psychological characteristics of children on the selection of effective measures of prevention of dental diseases.

REFERENCES

1. Казакова Р.В. Порівняльний аналіз показників карієсу зубів і захворювань тканин пародонта у підлітків, які проживають в різних екологічних умовах / Р.В. Казакова, Л.В. Білищук, В.С. Мельник // Новини стоматології. – 2013. – №. 1 . – С. 78 – 79.
2. Каськова Л.Ф. Прогнозування поширеності карієсу в історичному аспекті/ Л.Ф. Каськова, А.В. Артем'єв // Світ медицини і біології. – 2012. – № 4. – С. 26-28.
3. Леус П.А. Результаты программы коммунальной профилактики кариеса зубов на основе методов доказательной стоматологии: сб. тр., посвящ. 50-летию стоматологического факультета Бел. гос мед. ун-та [«Образование, организация, профилактика и новые технологии в стоматологии»]. – Минск, 2010. – С.20-22.
4. Поворознюк В.В. Структурно-функціональний стан зубів і пародонта у дітей, що проживають в різних регіонах України / В. В. Поворознюк, І. В. Задорожна, Т. Д. Павлюк // Вісник стоматології. – 2011. – №4. – С. 105-106.
5. Степанова И.А. Планирование региональных коммунальных программ с эндогенным применением фторида для профилактики кариеса зубов : автореф... дисс. канд. мед. наук. / И.А. Степанова. – М., 2010. – 18 с.
6. Стоматологические обследования: основные методы / ВОЗ. – М.: Медицина, 1989. – 61 с.
7. Юнкеров В.И. Математико-статистическая обработка данных медицинских исследований: монография / В.И. Юнкеров, С.Г. Григорьев. – Санкт-Петербург, 2002. – 267 с.

ДО УВАГИ АВТОРІВ !**Вимоги до оформлення наукової статті:**

Формат статті А4, орієнтація - книжкова, матеріали збережені та підготовлені у форматі Microsoft Word (*.doc або *.docx)

Поля всі сторони - 2 см

Основний шрифт Times New Roman

Розмір шрифту основного тексту 14 пунктів

Міжрядковий інтервал - полуторний

Вирівнювання тексту - по ширині

Автоматична розстановка переносів - включена

Абзацний відступ (новий рядок)- 1,25 см

Нумерація сторінок - не ведеться

Малюнки та таблиці необхідно подавати в статті безпосередньо після тексту, де вони згадуються вперше, або на наступній сторінці.

Розмір шрифту табличного тексту зазвичай на 2 пункти менше основного шрифту. Кількість таблиць, формул та ілюстрацій має бути мінімальною та доречною. Рисунки і таблиці на альбомних сторінках не приймаються.

Формули повинні бути набрані за допомогою редактора формул (внутрішній редактор формул в Microsoft Word for Windows).

Посилання на літературу у квадратних дужках по тексту [1, с. 2], бібліографічний список в кінці тексту. Посторінкові виноска та посилання не допускаються

Обсяг - від 6 до 20 сторінок включно.

Вимоги до змісту наукової статті:

Наукові статті мають містити такі необхідні елементи (з виділенням по тексту статті):

- постановка проблеми у загальному вигляді та її зв'язок із важливими науковими чи практичними завданнями;
- аналіз останніх досліджень і публікацій, в яких започатковано розв'язання даної проблеми, на які посилається автор;

- виділення невирішених раніше частин загальної проблеми, яким присвячується стаття;

- формулювання цілей статті (постановка завдання);

- виклад основного матеріалу дослідження з повним обґрунтуванням отриманих наукових результатів;

- висновки з даного дослідження і перспективи подальшого розвитку в цьому напрямку.

Автори, які подали матеріали для публікації, погоджуються з наступними положеннями:

- відповідальність за достовірність поданої інформації в своїй роботі несе автор.

- автори зберігають за собою всі авторські права і одночасно надають журналу право першої публікації, що дозволяє поширювати даний матеріал із зазначенням авторства та первинної публікації в даному журналі.

Структурні елементи наукової статті:

- індекс УДК (у верхньому лівому кутку сторінки);
- прізвище та ініціали автора (-ів), місце роботи (навчання), вчений ступінь, вчене звання, посада - трьома мовами (українською, англійською та словацькою);
- назва статті - трьома мовами (українською, англійською та словацькою);
- анотації (мінімум 5 речень) та ключові слова (мінімум 5 слів) - трьома мовами (українською, англійською та словацькою);
- текст статті може бути українською, англійською або словацькою мовами;
- список літератури мовою оригіналу.

