

УДК 616.314-053.6(477.87)

С. П. Шлапак, Н. В. Кіндрат, І. С. Пецюх, Є. М. Гриненко

ДВНЗ «Ужгородський національний університет»

**ПОШИРЕНІСТЬ СТОМАТОЛОГІЧНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ ДІТЕЙ 12 І 15 РОКІВ
ЗАКАРПАТСЬКОЇ ОБЛАСТІ**

Актуальність. Вивчення епідеміології стоматологічних хвороб серед дитячого населення лежить в основі планування і організації стоматологічної допомоги дітям, виявлення потреби в профілактиці і лікуванні, а також дозволяє оцінити рівень якості лікувальних і профілактичних заходів.

Мета дослідження. Вивчити поширеність, інтенсивність карієсу зубів, стан гігієни рота у дітей в віці 12 і 15 років в Закарпатській області.

Матеріал і методи. У місті Ужгород проведено стоматологічне епідеміологічне обстеження в вікових групах 12-ти літніх і 15-ти літніх дітей. У всіх населених пунктах обстежено по 673 хлопчиків і 707 дівчаток.

Інтенсивність карієсу зубів оцінювали за індексами КПВ, КПВ + кп, стан гігієни рота - за індексом ОНІ-S, рівень надання стоматологічної допомоги дитячому населенню.

Результати дослідження. Поширеність карієсу зубів у дітей віком 12 років оцінена, як середня, а в 15-річних – висока.

Інтенсивність карієсу зубів за індексом КПВ + кп та КПВ у дітей вікових груп оцінена як середня та висока відповідно. Рівень надання стоматологічної допомоги для дітей 12 років становить – 78,5 %, а для 15-ти річних – 83,5 %, що оцінено як хороший.

Висновок. 1. Поширеність карієсу зубів у дітей Закарпатської області, у 12-річних оцінено як середня, а в 15-річних - висока.

2. Інтенсивність карієсу зубів у дітей Закарпатської області за індексом

КПВ + кп у дітей 12 років оцінюється, як середня, а КПВ у дітей 15 років оцінюється як висока.

3. Гігієна рота у дітей Закарпатської області - задовільна.

4. Рівень надання стоматологічної допомоги дітям Закарпатської області за індексом РНСД в різних вікових групах оцінений як задовільний у віці 12 і 15 років.



УДК 616-089.843+616.716.1

С. А. Шнайдер, д. мед. н., А. А. Асмолова, к. мед. н., Е. А. Асмолова

Одесский национальный медицинский университет

**ВЗАИМОСВЯЗЬ КАЧЕСТВА ЛИЦЕВОГО СКЕЛЕТА И ЕГО РОЛЬ
В ПРОФИЛАКТИКЕ ОТДАЛЁННЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ПОСЛЕ ДЕНТАЛЬНОЙ
ИМПЛАНТАЦИИ НА ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ**

Дентальная имплантация (ДИ) – одна из наиболее востребованных, функционально и эстетически приемлемых технологий лечения больных с полной или частичной *адентией* – как и любое хирургическое вмешательство даёт осложнения: хорошо изученные интраоперационные, ранние и поздние послеоперационные и практически не изученные отдаленные осложнения. Идентификация отдалённых осложнений ДИ является сегодня актуальной проблемой имплантологии.

Анализ накопленного опыта ДИ показывает, что даже при значительном прогрессе в разработке биологически инертных/активных материалов и имплантов, достижение необходимых клинических результатов невозможно без учета состояния костной ткани, её объема и архитектоники (интегрально определяемого как «качества» кости) на участке имплантации, от которого зависит ближайший и отдаленный прогноз ДИ.

Предложен ряд классификаций и методов оценки качества кости в зоне операции, хотя и существуют разногласия относительно содержания этого понятия. Качество костной ткани челюстей изучали исключительно в аспекте практики ДИ. К основным критериям классификаций относили тот или иной параметр (рентгеновская плотность, модуль упругости, минеральная насыщенность), который имел весомое клиническое значение и мог быть определен (прямо или косвенно) количественно на этапе планирования ДИ. При этом полностью отождествляли качество кости с этим параметром, например, плотностью, архитектурой или минеральной насыщенностью, что не совсем правильно, поскольку понятие качества намного шире. Качество – совокупность только тех свойств, которые характеризуют получаемые при использовании объекта результаты (положительные, отрицательные).

Идентификация отдаленных осложнений ДИ в форме верхнечелюстного постимплантационного синдрома (ВПС) как совокупности взаимообусловленной и взаимосвязанной одновременно существующей стоматологической, ринологической, офтальмологической и нейростоматологической симптоматики обязывает к изучению его этиопатогенеза и, в частности, к оценке роли лицевого скелета и его аномальных вариантов в его развитии.

Верхняя челюсть - важная часть лицевого скелета, изменение которой влечет за собой нарушение структуры и морфологические изменения тканей челюстно-лицевой области. Варианты аномальной анатомии верхней челюсти и верхнечелюстной пазухи (ВЧП), например, её карманы, деформации перегородки полости носа влияют на патогенез, отягощение и хронизацию (например, затрудняя мукоцилиарный транспорт) воспалительных процессов ВЧП, усложняя консервативное лечение, хирургическое вмешательство и отягощая течение послеоперационного периода.

Цель работы. Показать возможное влияние элементов и вариантов аномальной анатомии лицевого скелета на развитие отдаленных осложнений после ДИ.

Материал и методы исследования. Обследовано 43 добровольца без соматической и стоматологической патологии (1 группа, контрольная), 58 больных с частичной вторичной адентией верхней челюсти (2 группа), 67 пациентов с ДИ на верхней челюсти через 1-2 года после ДИ без каких – либо отдаленных осложнений (3 группа), 74 больных с ВПС (4 группа). Больным по стандартным протоколам проводили клиническое обследование, в рамках которого риноскопию, стоматоскопию, КТ лицевого скелета. Статистическую обработку материала проводили с использованием «Microsoft Office Excel 2003».

Результаты исследования и их обсуждение. Утолщение слизистой оболочки и хронический синусит ВЧП обнаружено у 18 (31,0 %) и 15 (25,9 %) больных 2 группы соответственно, 6 (9,0 %) и 10 (14,9 %) персон 3 группы соответственно, 13 (17,6 %) и 61 (82,4%) больных 4 группы соответственно.

Принимая во внимание морфологию ВЧП и топографо-анатомические взаимоотношения верхнечелюстной кости с соседними костными структурами, нами исследованы карманы ВЧП (альвеолярный, небный, скуловой, инфраорбитальный, клиновидный, небной кости карман), остиомеатальный комплекс и перегородка носа.

Анализ компьютерных томограмм лицевого скелета показал частоту распространённости карманов: в 1 группе – 6,99 %, во 2 – 20,7 %, в 3 – 10,5 %, в 4 – 44,6 %.

Альвеолярный карман создаёт анатомические условия для развития одонтогенного гайморита. Небный карман при скоплении гноя в ВЧП может служить местом образования периоститов и фистул. Инфраорбитальный карман может способствовать переходу воспалительного процесса из пазухи на слезный мешок, слезно-носовой канал и передние ячейки решетчатой кости. Клиновидный карман создает предпосылки для распространения воспалительного процесса с одной пазухи на другую. Клиническое значение кармана небной кости обусловлено более тесным, чем обычно, контактом ВЧП с большим небным каналом и крылонебной ямкой, а в конечном счете, с крылонебным ганглием, небными нервами и артериями.

Определена у 56 персон 3 группы и 66 больных 4 группы частота распространённости типов деформации перегородки носа по Пискунову. У больных 4 группы по сравнению с 3 группой достоверно чаще наблюдались деформации перегородки носа: I типа – на 9,6 %, II типа – 12,2 %, III типа – на 14,8 %, V типа – на 11,6%.

Аномальная анатомия остиомеатального комплекса зарегистрирована у 3 лиц (7 %) 1 группы, 14 (24,1 %) больных 2 группы, 11 (16,4 %) пациентов 3 группы, 29 (39,2 %) больных 4 группы.

Наличие узких щелей и пространств, образующихся между входящими в остиомеатальный комплекс анатомическими структурами, при возникновении воспалительного процесса способствует соприкосновению отёчных противоположных участков слизистой оболочки, нарушению мукоцилиарного транспорта и блокаде соустьев околоносовых пазух. Это ведет к снижению и прекращению их

аэрации, порушенню евакуації секрету, зниженню парціального тиску кисню в пазуху, розвитку хронічного, часто неінфекційного, запалення.

Таким чином, не тільки якість кісткової тканини верхньої щелепи, але й аномальна анатомія лицьового скелета в певній мірі впливає на розвиток віддалених ускладнень після ДИ.

Висновки. По нашому мнению, перспективи подальших розробок в цьому напрямку, безсумнівно, пов'язані з введенням в класифікацію варіантної анатомії лицьового скелета не тільки для оцінки складності і адекватного планування ДИ, але й для прогнозування і запобігання розвитку віддалених ускладнень ДИ, а в цілому створення класифікації якості лицьового скелета.



УДК 616.253.4+613.95+616.314

Н. І. Шовкова, к. мед. н., І. Р. Костюк, к. мед. н., О. Є. Кошкін, М.В. Білищук, к. мед. н.

Державний вищий навчальний заклад «Івано-Франківський національний медичний університет»

ВИВЧЕННЯ ЕФЕКТИВНОСТІ ПРОВЕДЕННЯ УРОКІВ ЗДОРОВ'Я ДЛЯ ДІТЕЙ РІЗНИХ ВІКОВИХ ГРУП

Оптимальним та ефективним методом первинної профілактики стоматологічних захворювань в організованих дитячих колективах є проведення уроків здоров'я, які не вимагають значних економічних витрат і матеріальних ресурсів.

На 3 курсі стоматологічного факультету Івано-Франківського національного медичного університету при вивченні предмету «профілактика стоматологічних захворювань» згідно робочої програми передбачено практичне заняття на тему «Проведення уроку здоров'я», на яке відводиться чотири академічні години. Таке заняття має чисто практичне спрямування, оскільки передбачає роботу студентів в організованому дитячому колективі з дітьми різних вікових груп. Це – практична навичка, що має на меті навчити студента вмінню спілкуватися з дитиною, донести до неї отримані на попередніх заняттях знання з профілактики стоматологічних захворювань. Урок здоров'я за своєю суттю є активною формою санітарно-просвітницької роботи, яка включає: бесіди, роз'яснення, лекції, диспути, презентації, конференції, а для дітей молодшого віку – її найцікавішу форму – театралізоване дійство, виставу чи виступ у вигляді тематичної казки.

Нами було розроблено анкету та проведено анкетування у 130 дітей, із них: 30 – дошкільного віку (5-6 років), 70 – молодшого шкільного (7-8 років) та 30 – старшого шкільного віку (12-13 років) до та через три місяці після проведення Уроку здоров'я. Оцінювали знання дітей по догляду за ротовою порожниною, вибору засобів гігієни та раціональному харчуванню перед гігієнічним навчанням та після нього. Для дошкільнят Урок здоров'я проводився у формі театрального дійства (казки), для молодшої шкільної групи у формі інтерактивної гри та для старшої шкільної – у формі лекції з мультимедійною презентацією.

АНКЕТА

(підкреслити правильні відповіді)

П.І.П., рік народження _____

Школа, клас (садочок, група) _____

1. Чи боліли у Вас зуби хоч раз у житті?

– один раз; – рідко; – часто; – не боліли.

2. Чи є у Вас зуби, що болять (уражені карієсом)?

– так; – ні.

3. Як часто Ви відвідуєте стоматолога:

– 1 раз на рік; – 2 рази на рік; – жодного разу не був у стоматолога.

4. Скільки разів на день Ви чистите зуби?

– 1 раз на день (зранку); – 1 раз на день (увечері);

– 2 рази на день (зранку і ввечері); – взагалі не чищу.

5. Хто навчав Вас чистити зуби?

– лікар-стоматолог; – реклама; – батьки (родичі);

– вихователі (вчителі); – ніхто.