

**Вывод.** Полученные данные свидетельствуют о широкой распространенности стоматологической патологии среди больных сахарным диабетом и предполагают проведение углубленных исследований, позволяющих рекомендовать профилактические мероприятия и этиопатогенетическое лечение.

**Е. И. Журочко, Л. Х. Дурягина, О. В. Алехина**  
**ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА ХРОНИЧЕСКИХ ФОРМ ПЕРИОДОНТИТА С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ УЛЬТРАЗВУКОВОЙ ДИАГНОСТИКИ**

Крымский государственный медицинский институт им. С. И. Георгиевского

Одним из основных методов диагностики состояния периапикальных тканей является рентгенографический метод. Использование компьютерной томографии позволило повысить диагностическую значимость исследования, но опыт исследования КТ-диагностики зубов с хроническими периапикальными очагами показал невозможность их определения до 3 мм в диаметре, так как их размеры выходят за пределы разрешающей способности компьютерного томографа.

Метод ультразвуковой диагностики широко используется в медицине, в частности в комплексной диагностике при опухолях головы и шеи, в оценке анатомических особенностей и результатов хейлоуранопластики у детей с расщелинами губы и неба.

В связи с вышеизложенным целью нашего исследования явилось использование данных ультразвукового исследования для дифференциальной диагностики различных форм периодонтита.

**Материал и методы исследования.** Нами проведены диагностические исследования 52 зубов у 38 пациентов с обострившимися и хроническими формами периодонтита в возрасте от 18 до 47 лет, среди них 23 женщины и 15 мужчин. Диагноз ставили на основании данных клинического, рентгенологического, ультразвукового методов исследования (пат. на корисну модель № 21769 від 15. 03. 07).

**Результаты исследования и их обсуждение.** При исследовании 52 зубов нами выявлено нарушение целостности вестибулярной кортикальной пластинки в 44 зубах (84, 62%) .

При обследовании всех зубов содержимое очага деструкции выявлено в периапикальных тканях 31 зуба (59, 6%). Жидкость в очаге деструкции определялась при исследовании 10 зубов (32, 25%), а сочетание жидкости и детрита - в 21 (67, 74 %). В 5 случаях (9, 61%) в очаге деструкции визуализировались корни зубов.

Визуализация пареоостальных явлений отмечена в 19 случаях (36, 53%) в виде инфильтрации прилегающих тканей, отслоения надкостницы, минимального количества экссудата, что невозможно было определить при рентгенографии, а данные клинического исследования давали невыраженную симптоматику.

В двух случаях избыток силлера, визуализируемый на рентгенограмме в периапикальной области ультразвуковым методом, был диагностирован в мягких тканях, окружающих дефект вестибулярной кортикальной пластинки.

В 7 случаях (13, 46%) при диагностике клиническим и рентгенологическим методами гранулирующего периодонтита ультразвуковым методом получены данные, характерные для гранулематозного периодонтита.

**Выводы.** Таким образом, предлагаемое нами использование ультразвукового исследования альвеолярного отростка в дифференциальной диагностике хронических форм периодонтита позволяет неинвазивным методом определить состояние мягких тканей, кортикальной пластинки альвеолярного отростка в области пораженного зуба, определять размеры и содержимое очага деструкции, которые невозможно оценить рентгенологически и клинически. Используя ультразвуковые проявления кистозных образований (полутонный умеренно экзогенный контур, неравномерный по толщине, и артефакт до-рсального усиления), возможно провести дифференциальную диагностику очага деструкции до появления классических клинических и рентгенологических проявлений.

**Зубачик В. М. , Синиця В. В. , Довганик В. В.**  
**РОЛЬ НОРМАТИВНО-ПРАВОВОГО РЕГУЛЮВАННЯ НАДАВАННЯ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ В ТЕРАПЕВТИЧНІЙ СТОМАТОЛОГІЇ НА СУЧАСНОМУ ЕТАПІ**

Львівський національний медичний університет ім. Данила Галицького

Радикальні перетворення, що розпочались у всіх сферах суспільного та державного життя в Україні після проголошення незалежності, не могли не торкнутись і охорони здоров'я. За умов формування правової держави реалізація її політики, спрямованої на охорону здоров'я населення та реформування системи охорони здоров'я, є можливою лише шляхом прийняття належної нормативно-правової бази.

Серед усіх нормативно-правових актів, які регулюють суспільні відносини у сфері медицини і зокрема стоматології є такі, які регулюють власне процес надання медичної допомоги. Так, у Законі "Основи законодавства України про охорону здоров'я" визначається правомірність проведення медичного втручання:

- наявна інформована згода пацієнта;
- можлива шкода від медичного втручання є меншою, ніж та, що очікується в разі відмови від втручання;
- відсутній невідправданий ризик;
- методи, які застосовуються під час медичного втручання, є дозволеними МОЗ України.

Інформована згода на медичне втручання – це добровільне, усвідомлене прийняття пацієнтом запропонованого варіанта лікування, медичної чи діагнос-

тичної маніпуляції тощо, якому передую одержання пацієнтом від лікаря повної, об'єктивної та обґрунтованої інформації з приводу майбутнього лікування з обов'язковим інформуванням про можливі негативні чи побічні наслідки, а також про можливі альтернативні способи лікування. Необхідність інформування пацієнта про медичне втручання регламентується також Цивільним кодексом України та Законом про захист прав споживачів України.

Оскільки основним державним регулятором правовідносин у медицині є Міністерство охорони здоров'я України, то регуляторні акти міністерства відіграють важливу роль у регламентації надання також і стоматологічної допомоги. Так, із метою уніфікації вимог до обсягу та якості стоматологічної допомоги наказом МОЗ України від 22. 11. 2000 р. № 305 затверджено «Критерії медико-економічної оцінки надання стоматологічної допомоги на I, II та III рівнях». Ці критерії є основою визначення обсягу й характеру стоматологічної допомоги, що надається, необхідного лікування, визначення матеріальних, трудових та інших витрат при наданні медичної стоматологічної допомоги.

Ще одним важливим наказом є наказ МОЗ України "Про затвердження Протоколів надання медичної допомоги за спеціальностями "ортопедична стоматологія", "терапевтична стоматологія", "хірургічна стоматологія", "ортодонтія", "дитяча терапевтична стоматологія", "дитяча хірургічна стоматологія" від 23. 11. 2004 р. , № 566. Цим наказом визначено протоколи надання стоматологічної допомоги, зокрема в терапевтичній стоматології.

Отже, лікар-стоматолог у наданні медичної допомоги та стоматологічних послуг пацієнтам мусить дотримуватися певних обов'язкових норм і правил, які визначені чинним законодавством України. Робота лікаря-стоматолога в межах нормативно-правового регулювання дозволить підвищити рівень надання медичної допомоги та її якість, а також сприятиме зниженню конфліктності відносин між лікарем та пацієнтом.

**Льченко В. І. , Вітко Ю. М.**

#### **ЗМІНИ СЛИЗОВОЇ ОБОЛОНКИ ПОРОЖНИНИ РОТА ПРИ ДЕЯКИХ ЕКЗАНТЕМАТОЗНИХ ІНФЕКЦІЯХ**

ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія», м. Полтава

Екзантематозні інфекції - це хвороби вірусної чи бактеріальної етіології, перебіг яких пов'язаний з ураженнями на шкірі. Але більшість із них мають прояви і на слизовій оболонці порожнини рота. До цих хвороб належать вітряна віспа, кір, краснуха, скарлатина, герпетичні ураження.

Останнім часом збільшилася кількість дорослих людей, які хворіють на так звані «дитячі інфекції» (до 15% людей віком понад 18 років). Також зустрічаються випадки повторного зараження. Важливо

пам'ятати, що в продромальний та початковий періоди з'являються ранні симптоми в порожнині рота, які є важливими діагностичними ознаками. У цей час можуть загострюватися хвороби зубів та тканин пародонта, що приводить хворих до лікаря-стоматолога. Ступінь тяжкості уражень СОПР при інфекційних хворобах залежить від вірулентності збудника та стану макроорганізму (імунної й ендокринної систем, місцевого імунітету порожнини рота). Дорослі хворіють, як правило, тяжче, одужують повільніше, а ризик ускладнень у них набагато вищий.

Інфекційна патологія найпоширеніша у світі. Вважають, що навіть у високорозвинутих країнах частка істинної інфекційної захворюваності в десятки разів перевищує офіційні дані.

Наше завдання - своєчасно розпізнати ці хвороби, надати адекватну допомогу хворому та провести раціональні профілактичні заходи спільно з лікарем-інфекціоністом.

**Ільчишин М. П.**

#### **ВПЛИВ ТЮТЮНОПАЛІННЯ НА ТКАНИНИ ПАРОДОНТА**

Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького

Проблема тютюнопаління залишається на сьогодні однією з найважливіших у охороні здоров'я через значну поширеність та шкідливий вплив на здоров'я людини. З тютюнопалінням пов'язують суттєве підвищення ризику низки захворювань органів і тканин порожнини рота, перш за все захворювань пародонта й онкологічних захворювань порожнини рота. Крім того, курці частіше мають такі проблемами як галітоз, утворення специфічних щільних коричневих відкладень на зубах і під'ясенного зубного каменю, сухість порожнини рота та зміни смаку. Але попри це в суспільстві не спостерігається тенденції до зменшення кількості курців, а навпаки – їх кількість збільшується.

**Метою** даного дослідження було вивчення взаємозв'язку тютюнопаління та його впливу на тканини пародонта.

Спостерігали 120 пацієнтів, серед яких курців - 100 осіб чоловічої та жіночої статей (до 17 років – 28%; 18-29 р. – 35%; 30-39 р. – 17%; 40-49 р. – 14%; 50-59 р. – 6%); група порівняння становила 20 осіб, які не курять. Серед оглянутих - 70 хворих на генералізований пародонтит I ступеня тяжкості та 30 хворих на хронічний катаральний гінгівіт.

Усіх пацієнтів обстежували за стандартною схемою, включаючи клінічні та рентгенологічні методи дослідження. У ролі клінічних симптомів оцінювали такі як біль, набряк, гіперемія, кровоточивість, виділення гною, свербіж, дискомфорт, рухомість зубів, неприємний запах із порожнини рота. Оцінювали індекси гігієни – Федорова-Володкіної та CPITN.

Зі 100 обстежених пацієнтів у 58% чоловіків і 57% жінок гігієнічний індекс був незадовільним, коливався