

УДК 616.31-08-039.71

*Д. К. Косенко, к. мед. н.*Государственное учреждение «Институт стоматологии и челюстно-лицевой хирургии
Национальной академии медицинских наук Украины»**СОСТОЯНИЕ ПОЛОСТИ РТА У ПАЦИЕНТОВ
ДО И ПОСЛЕ РЕЗЕКЦИИ ЖЕЛУДКА**

Наиболее распространенным методом лечения осложненных и тяжело протекающих форм язвенной болезни желудка, а также опухолевых образований, является резекция желудка. При этом любой вариант резекции желудка приводит к изменениям физиологического транспорта пищи и процессов пищеварения, которые в большинстве случаев компенсируются за счет адаптации организма. Однако для восстановления функции необходим определенный период времени, в который возможно проявление патологических изменений в других отделах пищеварительного тракта (полость рта, пищевод, нисходящие отделы кишечника).

Целью нашего исследования. Изучить состояние полости рта у пациентов с заболеваниями желудка до резекции, через месяц и 6 месяцев после его резекции.

В исследованиях приняли участие 36 пациентов обоих полов в возрасте от 38 до 48 лет. До начала исследования у всех наблюдалась стоматологическая патология - кариес и воспалительные заболевания пародонта. 22 пациентам произведена резекция желудка в связи с осложненной формой язвенной болезни желудка (1-я группа), 14 больным была удалена злокачественная опухоль (2-я группа). Проводилась типичная резекция: удаление около двух третей желудка.

Результаты исследований. У пациентов 1-й группы до операции были зафиксированы следующие показатели состояния зубов и пародонта: КПУ $12,8 \pm 2,0$; РМА- $36 \pm 3,8$; ПИ $2,15 \pm 0,14$; глубина пародонтального кармана $0,77 \pm 0,08$. У пациентов 2-й группы – КПУ $10,5 \pm 1,8$; РМА – $27 \pm 3,1$; ПИ $1,71 \pm 0,14$; глубина пародонтального кармана $0,56 \pm 0,06$. Исходя из этих результатов к моменту резекции у желудка у пациентов 1-й группы с диагнозом язвенная болезнь желудка показатели интенсивности кариеса и состояния пародонта были хуже, нежели у пациентов 2-й группы.

Через месяц после резекции показатели существенного изменения показателей не выявлено. Однако через 6 месяцев ситуация изменилась. У больных 1-й группы, несмотря на то, что был ликвидирован один из провоцирующих факторов - язвенная болезнь, утяжеляющих стоматологическую патологию, КПУ и показатели индексной оценки состояния пародонта, хотя и незначительно, изменились в сторону ухудшения: КПУ $13,2 \pm 2,5$; РМА – $38 \pm 3,6$; ПИ $2,16 \pm 0,22$; глубина пародонтального кармана $0,82 \pm 0,09$. У пациентов 2-й группы по отношению к исходным данным произошло более значительное изменение показателей в сторону ухудшения – КПУ $11,8 \pm 1,7$; РМА – $35 \pm 3,2$; ПИ $1,71 \pm 0,14$. Это указывает на то, что резекция желудка способствует увеличению интенсивности стоматологической патологии. В связи с этим, дальнейшей нашей задачей является определение патогенетической связи между резекцией желудка и стоматологической патологией.



УДК 616-071 + 616-07 + 616.314-085 + 613.955

*І. Р. Костюк, к. мед. н., В. М. Костюк, к. мед. н.**Г. Д. Семенюк, к. мед. н. М. Н. Воляк к. мед. н.*

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

**КЛІНІКО-РЕНТГЕНОЛОГІЧНА ОЦІНКА ЕФЕКТИВНОСТІ
ЛІКУВАННЯ ХРОНІЧНОГО ГРАНУЛЮЮЧОГО
ПЕРІОДОНТИТУ ПОСТІЙНИХ ЗУБІВ У ДІТЕЙ**

Є думка, що періодонтит ліпше лікувати в одне відвідування. Це допускається при терапії зубів у дорослих, але в постійних зубах у дітей така тактика неприпустима, оскільки апікальним і періапікальним тканинам, які ще недостатньо сформовані та ще й були механічно і хімічно травмовані самим

лікуванням, необхідно дати відпочинок і не турбувати рану, щоб допомогти організму дитини мобілізувати свої компенсаторно-захисні сили на тлі високого природного регенераторного потенціалу.

Клінічне обстеження за загальноприйнятими методиками, рентгенологічне дослідження, спостереження та лікування здійснено в 49 дітей, хворих на хронічний гранулюючий періодонтит (ХГП) постійних зубів, що були поділені на 2 підгрупи: основну і контрольну. В основній підгрупі (32 дитини) застосовувалося розроблене нами місцеве лікування. У контрольній (17 дітей) – місцеве лікування здійснювали за традиційною методикою.

Для оцінки ефективності лікування використовували клінічні та рентгенологічні критерії. Із метою більш точного співставлення показників прицільної рентгенографії на етапах лікування ХГП постійних зубів нами був використаний кількісний індекс – періапікальний індекс (РАІ), запропонований Orstavik D. et al. у модифікації А.М. Соловьевої, який дає можливість не лише виявити розрідження в кістковій тканині, але й оцінити будову кісткових трабекул і кістково-мозкових просторів у періапікальній ділянці та одночасно врахувати широкий просвіт верхівкового отвору кореневого каналу постійного зуба у дитини.

Оцінку рентгенологічних результатів лікування проводили через 3, 6 та 9 місяців від початку лікування.

Розроблений нами спосіб місцевого лікування хворих основних підгруп передбачав використання препаратів рослинного походження і полягав у: антисептичній обробці корневих каналів постійних зубів у дітей 1 % спиртовим розчином хлорофіліпту, позаапікальній терапії препаратом живокосту настойки під тимчасову пов'язку (на термін не більше 1 доби) із метою протизапальної, некролітичної, антигеморагічної, імуностимулюючої та остеорегенеруючої дії. У випадках, коли хворі зуби не турбували під герметичною пов'язкою та не було відмічено загострень (найчастіше через 1-2 відвідування), проводилося тимчасове кількаразове заповнення кореневого каналу протизапальною пастою (склад пасти: 1,0 г живокосту настойки, 0,5 г гліцерину, до 3,0 г кальцію гідроксиду), яка була попередньо вивчена нами в експерименті на щурах. Спочатку пасту залишали під тимчасовою пломбою на 1 тиждень (за відсутності загострення), після чого проводилася її заміна. Ця тактика була вибрана для того, щоб відновити пасту в кореновому каналі у разі її розсмоктування та зниження лікувальних властивостей при посиленні ексудації. Наступна заміна пасти проводилася через 1 місяць, а далі – через 3, 6, 9 і, за потреби, – через 12 місяців від початку лікування з рентгенологічним контролем. При виявленні тенденції до відновлення кісткової тканини, у разі закриття верхівки та завершення формування періодонта здійснювалося постійне пломбування корневих каналів цинк-оксид-евгенольним силером і гутаперчею.

У хворих контрольної підгрупи для медикаментозної дії на макро- і мікроканали та заапікальної тканини використовували 0,05 % розчин хлоргексидину біглюконату. Після зняття запальних явищ (найчастіше в 2-3 відвідування) здійснювали постійне пломбування корневих каналів цинк-оксид-евгенольним силером і гутаперчевими штифтами без попередньої тимчасової obturaції корневих каналів.

Результати, отримані при вивченні клінічних показників після місцевого лікування постійних зубів у дітей, вказують на позитивні зміни симптоматики ХГП. При застосуванні запропонованого нами способу місцевої терапії спостерігалось швидше стихання запальних явищ порівняно з підгрупою контролю, кількість відвідувань зменшувалася на 1-2 рази, ускладнень і побічних явищ не спостерігалось. Хворі зуби найчастіше не турбували вже під першою герметичною пов'язкою з живокосту настойкою, посилення болю та загострення патологічного процесу не спостерігалось в 90,6 % випадків (у контрольній підгрупі цей показник становив 64,7 %).

Рентгенологічна оцінка результатів лікування ХГП постійних зубів у дітей за модифікованим індексом РАІ свідчила про вірогідне поліпшення стану тканин періодонту в основній підгрупі. Через 3 місяці після початку лікування ХГП постійних зубів у дітей способом тимчасового введення в кореневі канали лікувальної пасти на основі живокосту настойки та калію гідроксиду було зафіксовано статистично достовірні зміни в бік поліпшення – на 17,28 % ($p_1 < 0,001$) порівняно з показником, отриманим до лікування. Вірогідне зниження РАІ порівняно з даними, отриманими через 3 місяці від початку лікування, було виявлено також і через 6 місяців – на 54,45 % ($p_2 < 0,001$), а через 9 місяців отримано ще ліпший результат – суттєве зниження середнього значення РАІ в 1,72 рази ($p_3 < 0,001$).

Щодо результату, виявленого в підгрупі контролю, то через 3 місяці після проведеного місцевого лікування статистично достовірних змін РАІ не спостерігалось. Через 6 місяців середнє значення РАІ було не вірогідно нижчим від попереднього отриманого. Однак, через 9 місяців відмічено вже суттєве його зниження – в 1,54 рази ($p_3 < 0,01$).

При порівнянні середніх значень РАІ у різні терміни від початку місцевого лікування ХГП постійних зубів у дітей обох підгруп, були виявлені суттєві відмінності.

Так, через 3 місяці місцевої терапії середнє значення РАІ було меншим в основній підгрупі на 13,82 % ($p < 0,05$). Виявлено статистично достовірну різницю показників і в наступні терміни дослідження, а саме: через 6 місяців дані в основній підгрупі були ліпшими в 1,55 рази ($p < 0,001$), а через 9 місяців – в 1,73 рази ($p < 0,01$).

У результаті проведеного місцевого лікування ХГП постійних зубів у дітей за допомогою запропонованого нами способу зафіксовано значно ліпші рентгенологічні показники, на що вказують середні значення РАІ, визначені в різні терміни місцевого лікування.

Таким чином, поступове відновлення дефекту кісткової тканини відбувається за обох варіантів місцевого лікування, але застосування запропонованого нами способу сприяло переконливо швидшій регенерації кісткової тканини і завершенню формування тканин кореня та періодонта постійного зуба.

Отже, запропоноване місцеве лікування сприяло відновленню кісткової тканини періодонту у дітей: рентгенологічно виявлялося переконливе і поступове зниження РАІ – в 1,17; 1,54 і 1,72 рази через 3, 6 і 9 місяців від початку місцевого лікування відповідно ($p < 0,001$). Середня тривалість тимчасової obturaції кореневих каналів лікувальною пастою склала $8,8 \pm 0,40$ місяців.



УДК 612-092.6+591.51:616.31-053.2/.6

О. І. Лебедєва, М. М. Велеган, В.В. Горзов

ДВНЗ «Ужгородський національний університет»

ДОСЛІДЖЕННЯ І КОРЕКЦІЯ ПСИХОЕМОЦІЙНОГО СТАНУ ДІТЕЙ СТАРШОГО ДОШКІЛЬНОГО ВІКУ 3-6 РОКІВ М. УЖГОРОД ТА УЖГОРОДСЬКОГО РАЙОНУ З МЕТОЮ СТВОРЕННЯ УМОВ ЕФЕКТИВНОГО СТОМАТОЛОГІЧНОГО ПРИЙОМУ

Актуальність. Діти – це наше майбутнє, тому основною метою лікаря-стоматолога є не лише курація, а й створення умов, у яких маленький пацієнт не буде боятися і стане хорошим партнером; діти, особливо ті, що є первинними пацієнтами, можуть боятися і лякатися шуму, запаху, вигляду кабінету, тому важливо вивчити психо-емоційний стан дитини з метою полегшення майбутнього прийому; наркоз не є ідеальним виходом, тому максимальна диференціація дозволить зменшити відсоток пацієнтів, що вважаються «неможливими» для класичного прийому.

Об'єкт. пацієнти віком 3-6 років.

Мета. удосконалити систему диференціації дітей, яких санують під седацією чи наркозом; створити умови для максимально швидкого знаходження контакту між лікарем та пацієнтом; зменшити поширеність дентофобії; створити методіку тестування дітей, а при потребі систему вправ з ними, щоб вивчити їх психо-емоційний стан і коригувати його.

Завдання. сформувати єдину систему тестування дітей з метою швидкого та ефективного визначення їх психоемоційного стану; розробити вправи для умовно неконтактних дітей з метою комунікації з ними і створенні умов ефективного прийому; створення методичних прийомів, що дозволять у найкоротший термін знайти контакт з пацієнтами старшого дошкільного віку.

Матеріали і методи дослідження. ілюстровані, усні та інтерактивні психологічні тести, педагогічні вправи.

Результати дослідження та їх обговорення. На базі декількох ДДНЗ було проведено профілактичний огляд з дозволу батьків понад двох сотень дітей з метою виділення серед них тих, що мають дентофобію. Після цього було виділено 54 дитини, що становить 26% серед усіх оглянутих, які вважалися потенційно неконтактними. Пізніше з даними досліджуваними було проведено ілюстроване, усне та інтерактивне тестування з метою визначення рівня їх тривожності. Виявлено 31 дитину, стан якої вважався неможливим для ефективного прийому. З даними потенційними пацієнтами було проведено педагогічні вправи з метою корекції психо-емоційного стану. Після психологічне тестування проведено повторно, у ході якого виявлено, що серед потенційно неконтактних дітей кількість тих,