

($p < 0,05$). Рівень загального білірубіну у всіх 22 (100%) пацієнтів знаходився у межах норми. Показники коагулограми (фібриноген, протромбінний час, АЧТЧ) у обстежених пацієнтів статистично не відрізнялись від ПЗ. Проте, виявлено зворотній кореляційний зв'язок між рівнем загального білка і фібриногеном ($r = -0,5$; $p < 0,05$). Середній показник часу виконання тесту чисел на фоні ММ склав $73,85 \pm 16,33$ секунд, що у 3 рази довші ніж у ПЗ. Виявлено прямий кореляційний зв'язок між часом виконання тесту чисел і рівнем сечовини ($r = 0,62$; $p < 0,05$) та часом виконання тесту чисел і рівнем креатиніну ($r = 0,59$; $p < 0,05$).

Висновки. Ураження печінки на фоні ММ характеризуються наявністю синдрому цитолізу мінімального ступеню. Високий рівень загального білку асоціюється із зниженням рівня фібриногену ($r = -0,5$; $p < 0,05$). Клінічні прояви мінімальної енцефалопатії пов'язані із зростанням концентрації сечовини ($r = 0,62$; $p < 0,05$) і креатиніну ($r = 0,59$; $p < 0,05$).

ОСОБЛИВОСТІ НАДАННЯ СТОМАТОЛОГІЧНОЇ ДОПОМОГИ ДІТЯМ, ЯКІ МАЮТЬ ПОРУШЕННЯ РУХОВОГО АПАРАТУ

Стасюк Ю.А., Шаханова А.Є., Асанова А.М.
Науковий керівник: ас., к.мед.н. Падалка А.І.
Кафедра дитячої стоматології
Українська медична стоматологічна академія

Одним із важких захворювань центральної нервової системи є дитячий церебральний параліч (ДЦП). У хворих на церебральний параліч спостерігається дисфункція рухової і м'язової систем, порушення координації руху, мови, затримка інтелектуального розвитку. Проблема надання стоматологічної допомоги дітям, які мають порушення рухового апарату є актуальною як в Україні, так і за кордоном.

Мета дослідження: провести аналіз даних літератури щодо особливостей надання стоматологічної допомоги дітям із дитячим церебральним паралічем.

Стоматологічна допомога дітям, хворим на церебральний параліч надається в стоматологічних кабінетах психоневрологічних диспансерів та медичних реабілітаційних центрів, переважно під загальним інгаляційним наркозом. За рекомендаціями педіатра можна використовувати премедикацію.

Перш за все, лікар-стоматолог повинен вирішити де буде знаходитись дитина під час лікування: в своєму інвалідному кріслі або в стоматологічному. Якщо дитина буде перебувати в інвалідному кріслі, то узголів'я крісла слід укласти на коліна лікаря, щоб забезпечити положення «на 12 годину». Якщо є проблеми з ковтанням, то не потрібно розміщувати дитину горизонтально. Обов'язково необхідно стабілізувати голову і тулуб дитини, зафіксувати руки і ноги в природньому положенні (частіше верхні кінцівки фіксують до тіла).

При веденні дитячого стоматологічного прийому лікар стикається з низкою труднощів, характерних для таких пацієнтів. Лікар-стоматолог повинен володіти основами знань вікової та сімейної психології, різними технологіями управління поведінкою дітей під час проведення кожної стоматологічної маніпуляції. Дії лікаря мають бути спокійними і впевненими, він повинен бути готовий до несподіваних ситуацій під час прийому. Працювати треба швидко, щоб скоротити час перебування дитини в кріслі і менше втомлювати її м'язи. Необхідно сконцентрувати увагу на проблемах мимовільного закривання рота, використовуючи роторозширювачі та язикотримачі. Стоматологічний інструмент необхідно обережно вносити в ротову порожнину. Основною проблемою стоматологічного прийому у дітей є те, що більшість лікарських маніпуляцій для них здаються агресивними. Лікар повинен намагатися не провокувати у дитини рефлекс переляку яскравим світлом, шумом та несподіваними рухами.

Таким чином, ведення стоматологічного прийому у дітей з ДЦП вимагає від дитячого стоматолога додаткових професійних мануальних навичок, знання яких дозволить уникнути несподіваних ситуацій і сформувати у дитини позитивне ставлення до лікування, тим самим значно підвищити ефективність стоматологічної допомоги.

КОМПЛЕКСНИЙ ПІДХІД ДО ЛІКУВАННЯ ПАЦІЄНТІВ ІЗ РЕТЕНЦІЮ ВЕРХНІХ ЦЕНТРАЛЬНИХ РІЗЦІВ, СПРИЧИНЕНОЮ НАДКОМПЛЕКТНИМИ ЗУБАМИ

Стебловська В.І.

Науковий керівник: к.мед.н., доц. Гуржій О.В.

Кафедра післядипломної освіти лікарів-стоматологів

Українська медична стоматологічна академія

Надкомплектні зуби, як етіологічний чинник ретенції, зустрічаються у 7,05% від числа обстежених пацієнтів, і як правило локалізуються у фронтальній ділянці верхньої щелепи – 93,2%.

Підставою для виявлення ретендованих постійних різців є клінічне та рентгенологічне дослідження. Лікування пацієнтів із ретендованими зубами, спричиненими наявністю надкомплектних зубів, складне і довготривале від 8 місяців до 2,5 роки. Вибір схеми лікування залежить від віку хворого, глибини розташування зуба, наявності для нього місця в зубному ряді, ступеня формування кореня зуба. Надання комплексної допомоги передбачає поєднання хірургічного, апаратурного, функціонального і протетичного методів.

Мета нашого дослідження – розробити алгоритм лікування пацієнтів із ретенцією центральних постійних різців верхньої щелепи, спричиненою надкомплектними зубами, в періодах змінного і постійного прикусу шляхом опрацювання власних підходів до лікування.

Проаналізовано результати лікування семи пацієнтів – 6 років; 7 років (2 пацієнта); 8 років; 9 років; 10 років і 15 років із затримкою прорізування