

Моніторинг стану тканин є актуальним завданням. Таким чином, проводячи аналіз, ми встановили причинну залежність. За потреби, одонтологічні особливості ми корегували в лабораторних умовах завдяки дискретності фіксації (укорінення) протезної (протетичної) конструкції, продовживши термін її експлуатації.

Бєлова Л.М., Потапенко О.П.

ПСИХОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ НАДАННЯ СТОМАТОЛОГІЧНОЇ ДОПОМОГИ ПАЦІЄНТАМ ДИТЯЧОГО ВІКУ

Приватний вищий навчальний заклад «Київський медичний університет», Київ, Україна

Дитяча стоматологія - це окремий напрям стоматології. І ні для кого не таємниця, що це найскладніший контингент пацієнтів, тому що маленькі діти вимагають до себе особливої уваги й підходу. Для лікування дітей є методики, за якими працюють лікарі-стоматологи. І кожен дитячий стоматолог має бути і психологом, і чарівником водночас.

Мета цієї статті - аналіз психологічних особливостей дітей різного віку на прийомі в лікаря-стоматолога, що є важливим у формуванні співпраці лікаря й дитини під час стоматологічного прийому.

У роботі з пацієнтами дитячого віку отримання згоди на стоматологічне лікування й досягнення порозуміння – доволі складне завдання для дитячого лікаря-стоматолога. Труднощі взаємин пов'язані з віковими особливостями маленьких пацієнтів: підвищеною тривожністю, відсутністю розуміння потреби лікування, незавершеністю формування деяких рис характеру, зокрема сили волі, страхом і недовірою до лікаря.

Працюючи з дітьми, стоматологи часто зіштовхуються з низкою проблем, які ускладнюють процес стоматологічного лікування: у більшості дітей виникає страх перед стоматологічним прийомом. Викликає занепокоєння також і той факт, що множинний карієс зубів усе частіше трапляється в дітей від 3 до 6 років.

Для кожного віку дитини характерні певні особливості сприйняття навколишнього світу. Виділяють такі вікові періоди життя дитини:

1. Раннє дитинство (1—3 роки),
2. Дошкільний вік (3—6 років),
3. Молодший шкільний вік (7—10 років),
4. Підлітковий вік (10—14 років),
5. Рання юність (15—18 років).

З практичного досвіду ми знаємо, що знання індивідуальних особливостей психології дитини має велике значення в прогнозуванні її поведінки на стоматологічному прийомі, адже запорукою продуктивної співпраці є здатність стоматолога керувати поведінкою дитини під час лікування і врегульовувати можливі конфлікти з батьками.

Таким чином, оскільки в дитинстві відбувається перший контакт дитини з лікарем-стоматологом, який формує її ставлення до стоматологічного прийому на майбутнє, провідною метою стоматолога, крім покращення стану здоров'я, є налагодження приятельських стосунків із дитиною.

З досвіду практичного лікаря знаємо, що переважна більшість дітей негативно ставляться до стоматологічного прийому, що зумовлено низкою чинників: страхом перед невідомим, копіюванням поведінки батьків (за умови їхнього негативного ставлення до лікарів), солідарністю з однолітками щодо стоматологічного лікування й негативним досвідом на попередньому стоматологічному прийомі.

У той же час опитування дитячих стоматологів щодо лікування дітей різного віку показало, що більшість лікарів відчувають дискомфорт від нанесення дитині психоемоційної травми при лікуванні зубів, неможливості надання якісної стоматологічної допомоги неконтактним дітям, неможливості застосування місцевої анестезії в дуже «маленьких» пацієнтів. Окрім того, поведінка дітей у цей період украй непередбачувана, що значною мірою впливає на ефективність і якість стоматологічного лікування.

Також дуже різниться думка лікарів щодо присутності батьків у кабінеті. Це можна пояснити певними причинами: батьки дають поради і вказівки з приводу лікування, коментують дії лікаря, і стоматолог змушений аналізувати поведінку не лише дитини, а й батьків. Таким чином, уже на огляді дитини стоматолог мусить вирішити, чи лікуватиме він дитину в присутності батьків, чи без них. Якщо батьки не можуть або ж не хочуть забезпечити відповідної підтримки, то їм краще зачекати поза кабінетом. Однак доступ батьків до дітей ніколи не забороняється.

Який же підхід можна обрати для різного контингенту дітей залежно від віку?

Діти віком від 1 до 3 років мають перебувати в стоматологічному кабінеті разом із батьками, аби почуватися безпечно і впевнено. Стоматологу необхідно тісно співпрацювати з батьками, розповідати й пояснювати все, що відбувається.

Пацієнт дошкільного віку може перебувати в кабінеті стоматолога без батьків, адже зацікавлено слухає пояснення, позитивно реагує на вербальні вимоги і вступає в психологічний контакт, бажаючи заслужити заохочення (подарунок) від стоматолога. Дитина відчуває гордість за свою самостійність, вона ініціативна, добре реагує на похвалу й дуже засмучується, коли висловлюють невдоволення її вчинками.

Для успішного встановлення контакту з дитиною молодшого дошкільного віку необхідне довірливе і дружнє ставлення. Традиційний страх перед прийомом слід подолати за допомогою цілеспрямованої підготовки до лікування, постійної позитивної оцінки поведінки й проявів впевненості в силах і можливостях дитини, яку потрібно залучати в процедуру лікування як «помічника».

Для встановлення контакту з дитиною підліткового віку спілкування необхідно починати на партнерських засадах. Необхідно дати підлітку зрозуміти, що його поважають, вважають самостійним, що він контролює ситуацію, обговорити з ним усі етапи лікування, не нав'язуючи своєї думки. Підліток уміє приховувати відчуття страху за показним геройством чи зовнішнім спокоєм.

Сьогодні стоматологам, на жаль, усе частіше доводиться спілкуватися з «особливими» типами дітей: агресивними, гіперактивними, тривожними, дітьми з розладами аутистичного спектра. Саме для таких випадків є певні техніки психологічної корекції емоційного стану, зокрема дихальні й м'язові релаксаційні техніки, ігрові прийоми, занурення в казку, автогенне тренування.

Отже, лікувальний процес пацієнта у дитячого стоматолога пов'язаний із низкою психологічних проблем і потребує їх правильного розв'язання. Лікар-стоматолог дитячий має бути хорошим психологом, щоб спрогнозувати реакцію дитини під час стоматологічного втручання і знайти індивідуальний психологічний підхід до кожної дитини.

Бублій Т.Д., Ганчо О.В., Костиренко О.П., Мошель Т.М., Дубовая Л.І.

ПОРІВНЯЛЬНА ХАРАКТЕРИСТИКА АНТИМІКРОБНИХ ВЛАСТИВОСТЕЙ ЦИТРАТНОГО БУФЕРУ Й АМОКСИКЛАВУ

Полтавський державний медичний університет, Полтава, Україна

Антисептичні властивості ендодонтичних матеріалів можуть бути корисні для виконання мікробного контролю в системі кореневих каналів.

Мета роботи – вивчити чутливість еталонних штамів мікроорганізмів до цитратного буферу й антибіотика «Амоксиклав». Для досягнення поставленої мети використовували музейні штами *E. coli* ATCC 25922, *S. aureus* ATCC 25923, *S. epidermidis* ATCC 14990, *E. faecalis* ATCC 29212, *M. lysodeicticus* ATCC 4698 і *C. albicans* ATCC10231. Чутливість стандартних штамів мікроорганізмів до препаратів вивчали диско-дифузійним методом, для контролю використовували хлоргексидин.

За результатами дослідження встановлено, що цитратний буфер має високу антибактеріальну активність щодо стафілококів, середню – до ентерококів і дріжджеподібних грибів і слабку – до інших музейних штамів мікроорганізмів. «Амоксиклав» виявився майже вдвічі ефективнішим, ніж цитратний буфер і хлоргексидин, щодо бактерій, але не має фунгіцидної дії. Комбінація цитратного буферу з антибіотиком посилювала чутливість усіх еталонних штамів. Штам *E. coli* ATCC 25922 мав слабку чутливість до цитратного буферу, але його комбінування з антибіотиком посилювало антибактеріальну дію у 2,3 рази ($p < 0,05$). Простежувався послідовний приріст у середньому на 5 мм чутливості ентерококу до дослідних речовин у напрямку хлоргексидин – цитратний буфер – «Амоксиклав» – цитратний буфер + «Амоксиклав». При порівнянні отриманих результатів за умов використання цитратного буферу, його комбінації з антибіотиком і хлоргексидином у ролі контролю привертає увагу нижча активність останнього до штамів представників транзитної й нормальної мікрофлори порожнини рота, якими є *E. coli* ATCC 25922 і *M. lysodeicticus* ATCC 4698, і, навпаки, виразніша активність дослідних композицій до штамів патогенних і умовно-патогенних мікроорганізмів – стафілококів, ентерококів і дріжджеподібних грибів, що вказує на перевагу цитратного буферу і його комбінації з антибіотиком за умов їх використання в лікуванні періодонтиту.

Буханченко О.П., Бойко І.В., Гаврильєв В.М., Яценко І.В.

ПСИХОЕМОЦІЙНИЙ СТАН ПАЦІЄНТІВ ІЗ ПАТОЛОГІЧНИМИ РУБЦЯМИ ШКІРИ ГОЛОВИ І ШИЇ

Полтавський державний медичний університет, Полтава, Україна

Мета дослідження – оптимізація методів обстеження пацієнтів із патологічними рубцями шкіри голови й шиї завдяки впровадженню в діагностичний алгоритм оцінки їхнього психоемоційного стану.

Матеріали і методи обстеження. Під нашим спостереженням перебували 40 осіб із патологічними рубцями голови й шиї, зі строками розвитку рубцевої тканини від 6 місяців до 1,5 року. З метою вивчення психоемоційного стану пацієнтів спільно зі спеціалістом-психологом використовували опитувальник «МІНІ-МУЛЬТ» – скорочений варіант Міннесотського багатоаспектного особистісного опитувальника (MMPI).