

**Мета.** Виявлення залежності перебігу захворювання на кандидозний стоматит і стоматит, викликаний мікст-інфекцією, від рівня гігієни порожнини рота пацієнтів; порівняння впливу проведення регулярної професійної гігієни в пацієнтів, хворих на кандидозний стоматит і стоматит, викликаний мікст-інфекцією; установлення оптимальних строків проведення професійної гігієни для пацієнтів зі стоматитом, викликаним мікст-інфекцією, і з кандидозним стоматитом.

**Методи дослідження.** Клінічний, лабораторний, аналітичний, порівняльний, структурно-логічний.

**Результати.** Обстежено 185 пацієнтів віком від 19 до 65 років, які зверталися до КУ «Полтавський обласний центр стоматології стоматологічна клінічна поліклініка» і приватних стоматологічних кабінетів зі скаргами на ураження слизових оболонок порожнини рота. Клінічно й лабораторно в 48 з них був підтверджений кандидозний стоматит і в 63 установлений діагноз: стоматит, викликаний мікст-інфекцією. Оцінено стан гігієни порожнини рота пацієнтів, він у пацієнтів із кандидозним стоматитом склав: 36 осіб - поганий стан гігієни порожнини рота, 6 - незадовільний, 6 - задовільний; у 46 пацієнтів зі стоматитом, викликаним мікст-інфекцією, – поганий, у 10 пацієнтів – незадовільний, у 5 пацієнтів – задовільний стан гігієни порожнини рота. Пацієнти не мали системних хвороб (чи мали стадію ремісії). Усім пацієнтам була проведена професійна гігієна порожнини рота із застосуванням скейлінгу, механічного чищення, флосингу й полірування поверхонь зубів, проведено антисептичну обробку ротової порожнини розчином хлоргексидину, гігієнічне навчання. Для скринінгу стану гігієни порожнини рота й оцінки перебігу стоматитів пацієнти з'являлися через 2 тижні.

**Висновки.** Установлено залежність перебігу стоматитів у порожнині рота від рівня гігієни. Унаслідок проведених заходів 73% хворих на стоматит, викликаний мікст-інфекцією, не мали повторних проявів стоматиту на слизовій оболонці. Проведення професійної гігієни й моніторинг стану лише в 30% хворих на кандидозний стоматит допомогли пацієнтам позбавитися його прояву в ротовій порожнині. Тож ми порівняли вплив професійної гігієни порожнини рота для пацієнтів, хворих на кандидозний стоматит і стоматит, викликаний мікст-інфекцією, що виявився дієвішим за наявності уражень мікст-флорою. Установлено середнє значення проведення наступної процедури професійної гігієни, яке для пацієнтів із кандидозним ураженням склало 12-16 тижнів, а для пацієнтів зі стоматитом, викликаним мікст-інфекцією, – 24 тижні.

*Гуржій О.В.*

## **РЕНТГЕНОЛОГІЧНІ МЕТОДИ ДІАГНОСТИКИ ОДОНТОГЕННИХ КІСТ У ДІЛЯНЦІ ВЕРХНЬОЩЕЛЕПНОГО СИНУСА**

Полтавський державний медичний університет, Полтава, Україна

Відомо, що діагностика одонтогенних кіст, які локалізуються в альвеолярному відростку верхньої щелепи, викликає певні труднощі, оскільки кісти цієї локалізації зазвичай розвиваються тривалий час, при цьому ніяк себе не проявляючи клінічно. Це зумовлено анатомічними особливостями верхньощелепної кістки, зокрема наявністю гайморової пазухи й порожнини носа, у бік яких кіста може проростати, не зустрічаючи ніяких перешкод і не викликаючи видимої деформації альвеолярного відростка і стінок пазухи.

**Мета дослідження** – визначити інформативність рентгенологічних методів дослідження для діагностики одонтогенних кіст у ділянці верхньощелепного синуса.

Проведено вивчення 86 досліджень: 45 комп'ютерних томографій, 31 ортопантомографія, 10 внутрішньоротових рентгенографій альвеолярного відростка. Кількісний розподіл досліджень був довільним і визначався характером комплексного обстеження в клінічних ситуаціях.

Як показав аналіз комп'ютерних томограм, у всіх 45 (100%) випадках інформація про наявність кістозного утвору була достовірною і не вимагала підтвердження за допомогою інших додаткових методів дослідження.

Ортопантомографія дозволила інтерпретувати наявність одонтогенної кісти в ділянці синуса у 20 (64,5%) випадках, але цього не було достатньо для встановлення діагнозу. Даний метод дослідження дає менший обсяг інформації про анатомо-топографічні співвідношення кісти і прилеглих анатомічних структур, однак інформація про стан зубів верхньої щелепи і якість ендодонтичного лікування цілком достатня для прийняття лікувальних рішень. Таким чином, у 1/3 випадків використання результатів даного дослідження може бути причиною помилкового діагнозу й неадекватного лікування.

Практично марними дослідженнями в плані візуалізації кіст у проєкції верхньощелепного синуса за результатами проведеного нами порівняльного аналізу виявилася внутрішньоротова рентгенографія альвеолярного відростка. Достовірну інформацію вдалося отримати тільки у 2 (20%) випадках, що несуттєво для діагностики. Єдиним пріоритетом внутрішньоротової рентгенографії є контроль якості ендодонтичного лікування під час підготовки до операції. У такій ролі внутрішньоротову рентгенографію краще виконувати на радіовізіографі, який дає набагато слабше променеве навантаження.

Отже, тільки комп'ютерна томографія є високоінформативним методом у діагностиці одонтогенних кіст верхньої щелепи.