

вані показники вивчали з урахуванням ступеня активності карієсу в кожний віковий період (Виноградова Т.Ф.): компенсований (I), субкомпенсований (II), декомпенсований (III).

Водневий показник (рН) досліджували з використанням смужки індикаторного паперу (рН 0-12, виробництво «Lachema», Чехія). Індикаторну стрічку занурювали і спостерігали за зміною кольору паперу.

Отримані результати опрацьовані методом варіаційної статистики. Вірогідними вважали показники при $p < 0,05$ (16).

Результати. Вивчення рН з урахуванням ступеня активності карієсу й закладу, в якому навчаються підлітки, виявило, що при I ступені активності карієсу найвищий показник мають підлітки, які навчаються в університеті, а найнижчий – відвідувачі коледжу. При II ступені активності карієсу, який спостерігаємо в учнів коледжу і студентів університету, вірогідної різниці показника рН нами не виявлено. III ступінь активності карієсу був лише у відвідувачів коледжу. Водневий показник у них найнижчий від усіх груп спостереження ($p < 0,05$). Тобто в підлітків концентрація іонів водню залежить від ступеня тяжкості перебігу карієсу й місця навчання.

Виникає необхідність вивчення показника рН з урахуванням віку пацієнтів, місця навчання і ступеня активності карієсу. У підлітків 15 років нами не зареєстровано III ступеня активності карієсу, а II ступінь активності карієсу не зареєстровано в школярів. Порівняння водневого показника при I ступені активності карієсу школярів і відвідувачів коледжу виявило вірогідну різницю, показник був гірший у студентів коледжу. Також спостерігаємо в них погіршення показника за наявності II ступеня активності карієсу в порівнянні з I ($p < 0,05$).

Ідентичну картину спостерігаємо, досліджуючи 16-річних пацієнтів. У відвідувачів коледжу залежно від ступеня активності карієсу (від I до III) погіршується і значення показника рН. Також спостерігаємо вірогідну різницю показника підлітків коледжу і школи з I ступенем активності карієсу.

Підлітки 17-18 років мали всі ступені активності карієсу, і рН змінювалося залежно від них і з урахуванням місця навчання досліджуваних. Найнижчий показник спостерігали в студентів коледжу з III ступенем активності карієсу.

Висновки. Отримані нами результати свідчать про те, що підлітки, які навчаються в коледжі, мають яскраво виражену карієсогенну ситуацію в порожнині рота, що зумовлена, на нашу думку тим, що вони здебільшого проживають окремо від батьків, самостійно й не мають відповідного контролю. Це вказує на необхідність проведення профілактичної роботи з цим контингентом задля виявлення факторів ризику, які зумовлюють таку ситуацію, і можливості впливу на них.

Проведені нами дослідження виявили, що водневий показник у підлітків 15-18 років залежить від ступеня активності карієсу і від того, за якою програмою навчаються підлітки. Значення рН знижуються від I до III ступеня активності карієсу незалежно від віку й місця навчання обстежуваних, але завжди найгірші в студентів коледжу і виходять за рамки фізіологічної норми, що впливає на мінералізувальну здатність ротової рідини й призводить до її зниження, наслідком чого стає виникнення в них каріозного процесу.

Дубецька-Грабуос І.С.

СПІВПРАЦЯ ЛІКАРЯ-ОРТОДОНТА Й ДИТЯЧОГО СТОМАТОЛОГА – ЗАПОРУКА СТОМАТОЛОГІЧНОГО ЗДОРОВ'Я ДІТЕЙ

Львівський національний медичний університет ім. Данила Галицького, Львів, Україна

Формуванню зубощелепних аномалій (ЗЩА) сприяють певні генетичні, біологічні, соціально-побутові чинники, рівень здоров'я дітей, якість надання стоматологічної допомоги, екологічні умови проживання, уміст у питній воді фтору (Фліс П.С., 2018; Куроедова В.Д., 2012; Смаглюк Л.В., Сіок Е., 2013). Згідно з епідеміологічними дослідженнями останніх років спостерігається висока поширеність ЗЩА і серед дорослих, і серед дітей шкільного віку (Дрогомирецька М.С., 2010; Безвужко Е.В., 2013). Водночас, до 54,7% ЗЩА виявляють уже в дошкільному віці (М.Вабіак, 2012; Каськова Л.Ф., 2015). Тому надзвичайно важливою є рання діагностика ЗЩА й виявлення чинників ризику їх виникнення саме дитячими стоматологами, які першими оглядають ротову порожнину дітей і можуть своєчасно направити до лікаря-ортодонта.

Мета: виявити рівень знань дитячих стоматологів щодо профілактики ЗЩА.

Матеріал і методи. Нами проанкетовано 112 дитячих стоматологів віком 28-64 роки із середнім стажем роботи 25 років, які закінчили курси підвищення кваліфікації на кафедрі ортодонції ЛНМУ ім. Данила Галицького. Серед них було 88 працівників державних і 24 – приватних стоматологічних клінік.

Результати дослідження. На ріст і розвиток щелеп шкідливо впливають порушення функції жування, ковтання й дихання. Тому вкрай важливо вчасно виявляти фактори ризику ЗЩА в молочному й ранньому змінному прикусі. Так, при аналізі результатів анкетування цікавим виявилось, що серед усіх респондентів лише 64,29% опитаних вважають інфантильний тип ковтання фактором ризику розвитку ЗЩА, 85,71% - ротове дихання, 46,43% - порушення постави.

Передчасне видалення молочних зубів є місцевим чинником ризику виникнення ЗЩА, на що вказали всі опитані, однак 21,43% дитячих стоматологів пропонують диспансерний нагляд без спеціального втручання.

При цьому, лише 78,57% дитячих стоматологів направляють таких дітей до ортодонта задля призначення апаратів для утримання місця для постійних зубів в зубному ряду.

Відомо, що якщо шкідливі звички усунути до 3 років, можлива саморегуляція патології, що формується. За результатами аналізу даних анкетування виявлено, що 85,71% опитаних знають про вплив шкідливих звичок на розвиток ЗЩА, однак більшість не знає, до якої патології вони можуть призвести. Так, 42,85% проанкетованих вважають, що закушування нижньої губи впродовж тривалого часу може призвести до відкритого прикусу, 32,14% опитаних переконані, що в такому разі буде формуватися глибокий прикус, і лише 25% указали, що ця шкідлива звичка сприяє розвитку дистального прикусу.

Цікавою виявилась відповідь на запитання щодо ефективності лікування ортодонтичної патології знімною ортодонтичною апаратурою. Так, усі опитані вважають знімну ортодонтичну апаратуру ефективною, однак 75% радять зачекати і встановити брекет-систему в старшому віці. При цьому, більшість (67,86%) опитаних вважає, що брекет-систему можна встановити з 12 років.

Нині надзвичайно важливим став мультидисциплінарний підхід у лікуванні будь-якої стоматологічної патології, й особливо це стосується дітей. Лікування деяких зубощелепних аномалій також не може бути ефективним без співпраці з лікарями суміжних спеціальностей. Так, нами з'ясовано, що при потребі залучення суміжного спеціаліста лише 64,29% дитячих стоматологів співпрацюють із ЛОР-спеціалістом, 67,85% - із остеопатом, 85,71% - із логопедом, 39,28% - із психологом.

Отже, на сьогодні є надзвичайно актуальною й необхідною співпраця лікаря-ортодонта й дитячого стоматолога для забезпечення стоматологічного здоров'я дітей. Отримані дані анкетування свідчать про низьку обізнаність дитячих стоматологів навіть у загальних поняттях у сфері ортодонтії. Тому результати наших досліджень підтверджують важливість професійного вдосконалення дитячих стоматологів задля вчасного виявлення чинників ризику ЗЩА й ефективної співпраці з лікарем-ортодонтом.

Дубина В.О.

ОПТИМІЗАЦІЯ РОБОТИ СТОМАТОЛОГІЧНОЇ КЛІНІКИ ЗА ДОПОМОГОЮ КОМП'ЮТЕРНОЇ ПРОГРАМИ «SMART SYSTEMS DENTISTRY»

Полтавський державний медичний університет, Полтава, Україна

Актуальність. Нині можна зі стовідсотковою впевненістю констатувати, що комп'ютерні інформаційні технології проникли в щоденну практику лікаря-стоматолога. Ергономіка праці лікаря необхідна не тільки безпосередньо в стоматологічному кріслі, вона вкрай важлива й в організації самого процесу.

Мета дослідження - проаналізувати впровадження програми «Smart Systems Dentistry» із SIP-телефонією на ефективність роботи і стоматологічної клініки в цілому, і кожного лікаря.

Методи. Проведено статистичний аналіз роботи клініки з веденням документації «вручну» і за допомогою комп'ютерної програми з SIP-телефонією «Smart Systems Dentistry» за параметрами: адміністративний блок (запис пацієнта, контроль вторинної відвідуваності, профілактичних відвідувань) і лікарський блок (час лікаря, що виділявся на організацію прийому, - контроль і аналіз картки пацієнта й рентген-обстеження, час на заповнення форми 043-о). Порівняльний аналіз виконували за пів року роботи клініки.

Результати. Аналіз роботи адміністративного блоку показав поліпшення ефективності та якості роботи адміністраторів на 40 відсотків, а пошук пацієнта з використанням SIP-телефонії займає 45 секунд, замість кількох хвилин пошуку картки в архіві. Час лікаря, що виділявся тільки на ведення документації вручну, займав до 15 хвилин, а на платформі «Smart Systems Dentistry» із використанням електронних даних реєстратури, медичної картки, рентген-архіву й фотопротоколу з плануванням часу самого прийому й контролем виконання плану лікування – у цілому до 10 хвилин, залежно від нозологій пацієнта.

Крім цього, виявлено збільшення кількості позитивних відгуків пацієнтів про роботу персоналу.

Висновки. Комп'ютерна програма «Smart Systems Dentistry» із SIP-телефонією набагато покращує ефективність роботи клініки й оптимізує ергономічність роботи лікаря.

Єгоров Р.І.

ОБСТЕЖЕННЯ ПАЦІЄНТІВ-ДІТЕЙ ІЗ ТРАВМАТИЧНИМИ ПЕРЕЛОМАМИ НИЖНЬОЇ ЩЕЛЕПИ

Національний медичний університет ім. О.О.Богомольця, Київ, Україна

Актуальність. Переломи нижньої щелепи – найпоширеніший і найскладніший вид травматичних ушкоджень кісток лицевого скелета в дітей, що зумовлено анатомо-функціональними особливостями. Тому обстеження й вибір найбільш інформативних методів діагностики – першочергові завдання лікаря.