

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 ортодонції. 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.

**Матеріали й методи.** Під нашим спостереженням перебували 20 дітей із травматичними переломами нижньої щелепи, які лікувалися на базі кафедри хірургічної стоматології та щелепно-лицевої хірургії дитячого віку НМУ ім.О.О.Богомольця. За розробленою картою проведено скринінг анамнестичних, клінічних даних, додаткових методів досліджень і лікувальних заходів. Дана карта має свідоцтво про реєстрацію автоського права на твір від 14.01.2021 р., №202100097.

**Результати.** Карта обстеження й ведення пацієнта з травматичним переломом нижньої щелепи створена для поглибленого вивчення цієї нозологічної одиниці, об'єктивізації й систематизації даних щодо скарг, анамнезу хвороби, місцевого статусу, додаткових методів досліджень, лікування й ведення. Вона має діагностичні й лікувальні розділи. Обстеження дітей за розробленою картою дозволило виділити найбільш значущі дані: обставини і строки отримання травми, які можуть бути підказкою для додаткових обстежень і консультацій суміжних спеціалістів. 75% дітей звернулися по допомогу в перші години після травми, що забезпечило можливість іммобілізації в ранні строки.

Оцінюючи місцевий статус, необхідно визначити ушкодження м'яких тканин і їх локалізацію, що потребує проведення ПХО. Таких дітей було 40% від загальної кількості.

Патогномонічні симптоми (порушення прикусу, вимушене й обмежене відкривання рота, симптом сходки, наявність рухомих або відсутність зубів у лінії перелому) було встановлено в 50% дітей. За наявності таких симптомів обов'язкове рентгенологічне дослідження, від якого залежить від локалізації перелому й наявності зміщення. У всіх дітей із підозрою або наявністю означених симптомів проведено рентгенологічне дослідження: ортопантограма – 20%, КТ – 80% випадків.

**Висновки.** Запропонована карта спрощує обробку отриманих даних, статистичний аналіз, систематизує й узагальнює їх.

*Ємельянова Н.Ю.*

## **РОЛЬ СТОМАТОЛОГА В КОМАНДНОМУ ПІДХОДІ ДО ЛІКУВАННЯ ПАЦІЄНТА З РІДКІСНОЮ СПАДКОВОЮ ХВОРОБОЮ (КЛІНІЧНИЙ ВИПАДОК)**

ДУ «Національний інститут терапії імені Л.Т. Малої НАМН України», Харків, Україна

**Вступ.** Хвороба Рандю-Вебера-Ослера – це рідкісна спадкова хвороба з порушенням еластичного і м'язового шарів судинної стінки, що створює умови для спонтанних розривів і викликає небезпечні для життя ускладнення. Ураження в ротовій порожнині можуть бути одними з перших ознак захворювання.

Клінічний випадок. Пацієнтка 65 років із хворобою Рандю-Вебера-Ослера. Зазначає спадковий характер захворювання. Виявлено системне ураження сполучної тканини. Лікування соматичного статусу проводилося із залученням лікарів різних спеціальностей, а саме: гастроентеролог (ерозивні ураження стравоходу й шлунка), кардіолог (ішемічна хвороба серця, артеріальна гіпертензія), ендокринолог (інсулінозалежний цукровий діабет 2 типу), офтальмолог (гіпертонічна ангіопатія сітківки) та інші. Оскільки пацієнтка мала скарги на виражену сухість у порожнині рота, нічну спрагу, неприємний запах із рота, парестезії язика, щоденні носову й ясінну кровоточивість, то була направлена до лікаря-стоматолога. Підкреслимо, що пацієнтці протягом 4 останніх років жодного разу не було запропоновано стоматологічне лікування з усуненням вогнищ хронічної інфекції, а також не проводилися диспансерний нагляд і облік.

Стоматологічний статус: на шкірі обличчя, вух, губ і долонь множинні телеангіоектазії. Червона облямівка губ суха, бліда, з вираженими точковими телеангіоектазіями червоно-фіолетового кольору. У ділянці нижньої губи – яскраво забарвлені круглі вузлики діаметром близько 5 мм, випнуті над поверхнею, неbolючі при пальпації. На дорзальній і бічних поверхнях язика - папульозні утвори червоно-фіолетового кольору, діаметром від 5 до 7 мм, випнуті над поверхнею. Ясна набряклі, застійно гіперемовані, нещільно прилягають до поверхонь зубів. Гіпосалівація (0,1 мл змішаної слини за хв).

Разом із терапією, призначеною лікарем-інтерністом, проведено санацію порожнини рота з подальшим призначенням орального пробіотика й зволожувального засобу для усунення сухості. Протягом усього лікування контролювали дотримання гігієнічного догляду за порожниною рота.

**Обговорення.** Доведено, що у хворих із зазначеною патологією є ризик розвитку абсцесу головного мозку, що пов'язано з бактеріємією одонтогенного походження, тому при інвазійному стоматологічному втручанні необхідна антибіотикопрофілактика, яка починається за добу до процедури й триває до 7 днів. Також важливо враховувати те, що частим ускладненням зазначеної хвороби стають гіпоксія й церебральна емболія, тому стоматологічне крісло протягом усього лікування має розташовуватися тільки у вертикальному положенні.

**Висновок.** Міждисциплінарна взаємодія лікарів-стоматологів і лікарів-інтерністів спрямована на встановлення єдиних підходів до лікування пацієнтів, які мають одночасні ураження внутрішніх органів і органів порожнини рота. Своєчасна профілактика й лікування ранніх стоматологічних проявів хвороби Рандю-Вебера-Ослера дозволять поліпшити якість життя пацієнтів і запобігти розвиткові тяжких ускладнень, причиною яких можуть стати вогнища хронічної інфекції в порожнині рота.