

умов реформування медичного обслуговування в майбутньому. Це може призвести на початковому етапі до зниження належного рівня забезпечення їх медичного і психологічного супроводу і своєчасного вирішення питань соціального захисту.

Тридцятирічний досвід роботи Полтавського обласного центру на базі комунального підприємства «Міська дитяча клінічна стоматологічна поліклініка Полтавської міської ради» переконливо доводить необхідність його функціонування й указує на високу результативність і в найближчі, і у віддалені терміни спостереження. За такий тривалий час його діяльності сформувалася чітка позиція щодо того, що для його успішної діяльності, розвитку на перспективу, рівня надання комплексних лікувально-профілактичних заходів необхідно підвищувати інтерактивні організаційні процеси. У зв'язку з цим слід регулярно вдосконалювати структурно-організаційний і адміністративний впливи, спрямовані на покращення матеріально-технічного оснащення й забезпечення висококваліфікованим кадровим потенціалом. До складу фахівців обов'язково мають входити спеціалісти всіх стоматологічних профілів, педіатри, логопеди, дефектологи, психологи.

Зокрема, залучення новітніх технологій, застосування розроблених і вдосконалених видів оперативних втручань потребує постійного підвищення кваліфікації всіх залучених медичних працівників, що дозволяє розширити спектр і якість надання необхідного обсягу високоспеціалізованої допомоги пацієнтам, поліпшуючи тим самим умови для їх реабілітації.

Натепер у Центрі з успіхом застосовуються:

- хірургічні заходи, які визначають і передбачають строки, послідовність проведення окремих етапів оперативних втручань і необхідність повторних реконструктивних заходів;
- ортодонтична корекція складних зубощелепних аномалій і деформацій кісток обличчя із застосуванням сучасних конструктивних технологій;
- всеосяжне лікування терапевтичної стоматологічної патології й проведення навчальних курсів із професійного догляду за порожниною рота;
- лікування супутньої соматичної патології й залучення суміжних спеціалістів для з'ясування й уточнення деяких невирішених діагностичних питань.

Ураховуючи наявність тісного взаємозв'язку між усіма складовими заходів, які проводяться в таких дітей, найкращий ефект створюється саме за умов функціонування таких реабілітаційних центрів з обов'язковим збереженням принципів диспансерного забезпечення.

Висновки. Отже, формування комплексного підходу до реабілітації дітей із вродженими й набутими дефектами й деформаціями щелепно-лицевої ділянки потребує осмислення питань раціонального вдосконалення чинних класичних принципів організації надання всіх видів допомоги пацієнтам цієї категорії за умов, що нас очікують. Особливо це набуває актуальності, коли мова йде про скорочення на фінансування видатків, що змушує вишукувати додаткові шляхи надходження коштів, але при цьому не слід забувати про те, що це декретована група населення, яка має право розраховувати на допомогу з боку держави й адміністративних структур.

Ткаченко І.М., Назаренко З.Ю.

КЛІНІЧНІ АСПЕКТИ ВИКОРИСТАННЯ ПРОФЕСІЙНИХ ВИБІЛЮВАЛЬНИХ СИСТЕМ «ORALESCENCE» І «DASH»

Полтавський державний медичний університет, Полтава, Україна

Мета дослідження – визначити й порівняти клінічну ефективність використання професійних систем «Opalescence» («Ultradent Products», США) і «Dash» («Discus Dental», США) для вибілювання вітальних зубів і дослідити гіперестезію як можливе ускладнення цієї процедури.

Матеріали й методи. Нами було проведено офісне вибілювання зубів 40 пацієнтам віком від 25 до 30 років. Відповідно до використаної вибілювальної системи вони були поділені на дві дослідні групи (по 20 осіб у кожній). Пацієнтам першої дослідної групи для вибілювання зубів використовували систему «Dash», для другої групи - «Opalescence». Пацієнти обох груп були рандомізовані щодо віку, статі, етіологічних чинників дисколоритів і ступеня зафарбовування зубів. Обстеження хворих проводили за загальноприйнятими критеріями. Крім того, визначали колір зубів за стандартною шкалою «Vita Shade» до й після процедури вибілювання. Перед вибілюванням у всіх хворих проводили професійне чищення зубів.

Ступінь гіперестезії після процедури вибілювання визначали відповідно до класифікації Ю.А. Федорова (1981). Задля об'єктивізації ступеня чутливості твердих тканин зубів використовували індекс інтенсивності гіперестезії зубів (ІІГЗ), який обчислювали в балах за формулою: $ІІГЗ = \text{сума значень індексу для кожного зуба} / \text{кількість зубів із гіперестезією}$. Для отримання детальнішої інформації про суб'єктивні відчуття хворих і об'єктивізації отриманих даних ми використовували словесний рейтинг і шкалу, які дозволяли перевести суб'єктивні відчуття хворих в умовні одиниці (Г.Ф. Білоклицька, 1996). Для врахування кількості уражених гіперестезією зубів використовували індекс розповсюдженості гіперестезії зубів (ІРГЗ) (Ю.А. Федоров, В.А. Дрожжина, 1997), який обчислювали за формулою: $ІРГЗ = \text{кількість зубів із гіперестезією} / \text{кількість зубів у}$

хворого $\times 100\%$. У ролі об'єктивного методу діагностики гіперестезії використовували також електроодонтодіагностику (ЕОД).

Результати. Після проведення процедури професійного вибілювання у пацієнтів першої групи відбулася зміна кольору емалі, в середньому на $5,15 \pm 0,52$ відтінків універсальної шкали, відповідно в пацієнтів другої – на $4,45 \pm 0,44$ ($P < 0,05$). Після проведення процедури вибілювання гіперестезія виникала в 15 (75%) пацієнтів першої групи і в 6 (30%) – другої. Відповідно, I ступінь гіперестезії мали 7 (47%) пацієнтів першої групи і 3 (50%) – другої; II ступінь – 5 (33%) пацієнтів першої і 2 (33%) – другої, III ступінь – 3 (20%) і 1 (17%) відповідно. Значення ЕОД для пацієнтів першої групи в середньому складало $6,2 \pm 0,18$ мкА, а хворих другої – $4,8 \pm 0,09$ мкА відповідно ($P < 0,05$). ІГЗ для пацієнтів першої групи із гіперестезією складав $1,9 \pm 0,8$, для другої групи – $1,3 \pm 0,5$ ($P < 0,05$), що свідчить про тяжчий ступінь наявної гіперестезії в пацієнтів першої групи. Відповідно до словесного рейтингу і шкали, яка дозволяє оцінити суб'єктивні відчуття хворого, у пацієнтів першої групи відсутність реакції на подразник (0 умовних одиниць) спостерігалася в 3 (20%) хворих, слабка реакція (1 у.о.) – у 4 (27%) хворих, помірна реакція (2 у.о.) – у 5 (33%) хворих, сильна реакція (3 у.о.) – у 3 (20%) хворих. У пацієнтів другої групи відсутність реакції на подразник (0 умовних одиниць) спостерігалася у 2 (33%) хворих, слабка реакція (1 у.о.) спостерігалася у 2 (33%) хворих, помірна реакція (2 у.о.) у 1 (17%) хворих, сильна реакція (3 у.о.) – у 1 (17%) хворого. Індекс ІГЗ для пацієнтів першої групи склав $17 \pm 0,9$, для пацієнтів другої – $12 \pm 0,9$ ($P < 0,05$), що свідчить про наявність переважно локалізованої форми гіперестезії в пацієнтів обох груп.

Висновки. Отже, за результатами проведеного дослідження нами встановлено, що вибілювальні системи «Dash» і «Opalescence» мають достатню клінічну ефективність. Після використання цих вибілювальних систем може виникати таке ускладнення як гіперестезія, ступінь і частота якої більше виражені в разі застосування системи «Dash».

Трофименко М.В., Смаглюк Л.В., Білоус А.М.

ПАРАКЛІНІЧНА ДІАГНОСТИКА СТАНУ ФУНКЦІЙ ЯЗИКА

Полтавський державний медичний університет, Полтава, Україна

Дослідження останніх десятиріч демонструють тенденції до розширення аспектів параклінічного вивчення стану функцій язика. Серед найбільш розповсюджених і доступних лишається метод цефалометричного аналізу, який здебільшого застосовується для визначення параметрів язика, над- і під'язикового простору, стану глоткових дихальних шляхів, положення під'язикової кістки й язика в спокої.

Під'язикова кістка, як структура, до якої прикріплюється більшість м'язів, що беруть участь у ковтанні й мовленні, може змінювати своє положення при порушенні цих функцій (Almiro J. Machado Júnior and Agrício N. Crespo., 2012). Тому визначення її положення на бічних телерентгенограмах голови може бути своєрідним індикатором, який допомагає в діагностиці стану функцій язика.

Сучасна параклінічна оцінка рухів язика під час ковтання передбачає використання ультразвукової методики (Maja Ovsenik, Jure Volk, Maja Mušič Marolt, 2014). Результати цих досліджень показали, що дорсальна поверхня язика, яку вважали ідеальною для спостереження за його функціями, не підходить для встановлення типу ковтання. Схему ковтання досліджують за дією *m. genioglossus* на ультразвукових зображеннях із лінією сканування ультразвукового перетворювача, встановленого на кінчику язика. Рухи язика (тривалість, діапазон і швидкість) порівнюють у кожній субфазі ковтання.

Щоб фіксувати рухи язика й губ у часі й просторі при дослідженні функції мовлення, Koos et al. (2009) вважають найпридатнішою технікою електромагнітну артикулографію (ЕМА).

Ураховуючи той факт, що в нормі в акті ковтання й мовлення беруть участь більше 20 м'язів щелепно-лищевої й під'язикової ділянок і глотки, не полишають своїх позицій у діагностиці класичні методики, пов'язані з дослідженням різних критеріїв м'язової активності під час цих функцій у нормі та при патології. Дослідження останніх десятиріч доводять доцільність використання цього методу на всіх етапах роботи з ортодонтними пацієнтами, особливо в разі наявних функціональних розладів щелепно-лищевої ділянки, у тому числі в поєднанні з постурологічними проблемами. При неправильному ковтанні хвилі скорочення починаються з м'язів обличчя, переднє положення язика викликає додаткове скорочення *mm. palatoglossus, palatostyloglossus, mylohyoideus*, а іноді й м'язів шиї, що призводить до антефлексії м'язів шиї й голови. Відбувається витягування шиї вперед, що полегшує вкладання харчової грудки на язик і просування її в глотку. L.V. Smaglyuk, V.I. Smaglyuk, A.V. Liakhovska, M.V. Trofimenko (2020) у своєму дослідженні довели залучення м'язів обличчя й шиї до стискання зубів, рухів нижньої щелепи, ковтання. Було встановлено, що ЕМГ-активність *m. orbicularis oris* під час максимального стискання зубів, зміщення нижньої щелепи вперед (випинання) і ковтання корелює з ЕМГ-активністю груднино-ключично-соскоподібних м'язів. На нашу думку, отримані дані свідчать про функціональну єдність нервово-м'язового компонента стоматогнатичної системи й необхідність вивчення біоелектричної активності цих м'язів у суб'єктів із функціональними порушеннями, особливо пов'язаних із рухами нижньої щелепи й язика.

Висновки.