

ках порожнини рота (складки слизової оболонки, перехідна складка дистального відділу, ділянки зіва), формою захворювання, необхідністю зовнішньо- і внутрішньосиндромної диференціовальної діагностики, а також обстеження й лікування пацієнтів суміжними спеціалістами.

На огляді слизової оболонки порожнини рота залежно від стадії й форми ХРАС може бути виявлена лише гіперемія ділянки слизової оболонки, наявність афт округлої, овальної чи полігональної форми, різних розмірів, але можливі нерівні її краї, запальний інфільтрат різного розміру з чіткими контурами. Опис має суб'єктивний характер не тільки зі сторони пацієнта, а й лікаря, які не завжди чітко вказують тон афти та її об'єм (наприклад, крупні, середні розміри).

До методів об'єктивного обстеження належить також фотореєстрація, проте для визначення розмірів ділянки слід чітко її позначити або акцентувати. З цієї метою доцільно використовувати препарат для місцевого застосування полікрезулен. Він володіє протибактеріальною дією відносно грампозитивних і грамотришечливих бактерій, трихомонад і *Candida albicans*, виконує в'яжучу, припікальну, судинозвужувальну, гемостатичну дію, прискорює регенерацію клітин епітелію, коагулює некротизовану тканину.

В інструкції щодо застосування є показання до використання полікрезулену в стоматології у вигляді промивання розчином у концентрації 5-10 мл на 1 л води, аплікацій на короткий час (1-3 хв) або туширування (5-10 с).

Властивості цього препарату доцільно використовувати при ХРАС для уточнення діагнозу, визначення форми, розмірів афти, ефективності лікування, стадії процесу. Короткотривала (5-10 с) аплікація на ділянку ураження дозволяє чітко визначити патологічне вогнище за рахунок коагуляції некротизованої тканини, а також використовувати його терапевтичну дію.

**Отже**, застосування полікрезулену дозволяє уточнити діагностичні показники й прискорити процес одужання.

*Хміль О.В., Хміль Д.О., Кульчицька С.М.*

## **ЗНАЧЕННЯ ВІТАМІНУ D ДЛЯ ЗДОРОВ'Я РОТОВОЇ ПОРОЖНИНИ**

Полтавський державний медичний університет, Полтава, Україна

Серед препаратів, які використовують для профілактики й загального лікування карієсу, важливе місце займають антирезорбтивні засоби, до яких належать вітамін D<sub>3</sub> і його активні метаболіти. Відомо, що утилізація кальцію в організмі людини неможлива без участі активних метаболітів вітаміну D<sub>3</sub>, тому препарати кальцію не призначають без них.

Фізіологічно вітамін D сприяє абсорбції кальцію в кишечнику й підтримує необхідний рівень кальцію й фосфатів у плазмі крові, завдяки чому забезпечується мінералізація кісткової тканини, створюються умови для формування кісток і процесів кісткового ремоделювання. Функції вітаміну D не обмежені тільки контролем кальцій-фосфорного обміну. Він також впливає і на модуляцію клітинного росту, нервово-м'язову провідність, імунітет і розвиток запального процесу.

Зниження рівня активної форми вітаміну зумовлює проблеми з мінералізацією й дозріванням емалі зубів, що призводить до зниження карієсрезистентності. Нестача вітаміну D у матері в період вагітності шкодить здоров'ю порожнини рота дитини ще до початку прорізування зубів. Уміст активної форми вітаміну D - кальцидіолу (25(OH)<sub>2</sub>\*D) у сироватці крові нижче ніж 20 нг/мл (50 нмоль/л) розцінюється як дефіцит вітаміну D; від 20 - 30 нг/мл (50-75 нмоль/л) - як недостатність, а рівень ≥30 нг/мл (≥75 нмоль/л) вважають оптимальним.

Відомо, що харчові добавки зі сполуками кальцію й вітаміном D<sub>3</sub> можуть впливати на ремінералізуючі властивості слини, а також покращувати здоров'я тканин зуба й пародонта, підвищувати мінеральну щільність кісткової тканини щелеп і перешкоджати резорбції альвеолярної кістки.

Результати численних сучасних досліджень переконливо довели, що активні метаболіти вітаміну D необхідно використовувати задля корекції неспецифічного захисту ротової порожнини і для підвищення резистентності емалі зубів до каріозного ураження.

*Цветкова Н.В.*

## **АДАПТАЦІЙНІ ПРОЦЕСИ В ОРГАНІЗМІ ПРОТЕЗОНОСІЇВ**

Полтавський державний медичний університет, Полтава, Україна

Протез значною мірою змінює фізіологію органів жувального апарату і звичні взаємини органів, оскільки зменшує об'єм власне порожнини рота, одночасно порушуючи топографію артикуляційних пунктів, необхідних для утворення різного роду звуків. Нові оклюзійні взаємини між штучними зубами можуть змінювати характер жувальних рухів нижньої щелепи. Зі зміною висоти прикусу створюються нові умови для діяльності

жувальних м'язів і скронево-нижньощелепного суглоба. Накладення протеза майже завжди супроводжується зміною утворення звуків і чіткості їх вимовляння. Поступово завдяки тренуванням ці недоліки зникають і вимова стає нормальною.

З часом відповідна реакція на подразнення починає слабшати (відчуття чужорідного тіла, салівація), зникає блювальний рефлекс. Пацієнт перестає відчувати протез, забуває про його наявність і навіть відчуває незручність, коли на деякий час знімає його. В основі припинення цих реакцій лежать складні нейрорефлекторні процеси, пояснити які можна за допомогою даних І. П. Павлова про кіркове гальмування. Незвичайний подразник у вигляді протеза викликає в корі півкуль головного мозку збудження окремих центрів. Воно проявляється у вигляді рефлексорних реакцій (слиновиділення, відчуття чужорідного тіла, блювання). Якщо подразник із часом не підкріплюється, розвиваються процеси гальмування, які проявляються зниженням збудливості й провідності. Відомо, що адаптацію людини до зубного протеза контролює кора головного мозку (психологічно фізіологічний рівень), а одним із головних факторів є тип вищої нервової діяльності й лабільність нервових центрів пацієнта. Типи вищої нервової діяльності й особливості темпераментів. Меланхолік - спостерігається важкість звикання до зубних протезів (слабкий тип НС, переважають процеси гальмування). Такі хворі більше вірять «сусідам», а не лікарям. Сангвінік - (сильний тип НС, урівноважені процеси збудження й гальмування), як правило, добре співпрацюють із лікарем, виконуючи його вказівки. Звикання до зубних протезів зазвичай настає швидко, без ускладнень. Флегматик - повільні, дисципліновані, іноді недовірливі (сильний тип НС, урівноважений, але інертні процеси збудження й гальмування). Зазвичай добре переносять незручності, пов'язані з адаптацією до зубних протезів. Холерик - сильний тип НС, невірноважені нервові процеси з переважаанням збудження над гальмуванням). Лікар має бути чітким у своїх рекомендаціях і вказівках, поступливим у спілкуванні.

Щоб з'ясувати особливості фізіологічного процесу адаптації до протезів, потрібно з'ясувати, чи є протез умовним або безумовним подразником, і чи в основі адаптації лежить умовний або умовно-рефлекторний механізм. Протез безпосередньо (контактно) діє на рецептори, його подразнення адекватне, відповідно протез є безумовним подразником і на нього виробляються безумовні рефлекси. За даними проф. А.Б. Шилової (1967), протез безсумнівно можна розглядати в перші дні користування як чужорідне тіло й тільки потім від стає невід'ємним «органом». Це можна об'єктивно простежити за даними записів жувальної функції - мастикаціограм і жувальних проб. Спочатку протез більше заважає, ніж допомагає вживати їжу. Він є безумовним подразником тривалої дії. Тривале подразнення рецепторів призводить до їх адаптації й одночасно до зниження їхньої чутливості внаслідок виникнення безумовного зберігає гальмування, а не умовного кіркового. У процесі звикання до часткового знімного протеза хворого потрібно підготувати до того, що не відразу, а поступово протягом місяця буде виникати звикання. Якщо він уперше користується знімними протезами, то звикання буде тривати протягом 6 місяців.

*Ципан С.Б.<sup>1</sup>, Якубова І.І.<sup>1</sup>, Бардавіль Д.І.<sup>1</sup>, Василенко О.І.<sup>2</sup>, Жданова Т.В.<sup>2</sup>, Бакалінська С.М.<sup>3</sup>, Стручек Н.В.<sup>4</sup>*

## **ПОШИРЕНІСТЬ ЗАХВОРЮВАНЬ ТКАНИН ПАРОДОНТА В ДІТЕЙ ІЗ РОЗЛАДАМИ АУТИСТИЧНОГО СПЕКТРА**

<sup>1</sup> Приватний вищий навчальний заклад «Київський медичний університет», Київ, Україна

<sup>2</sup> Комунальне некомерційне підприємство «Київська міська психоневрологічна лікарня № 2», Київ, Україна

<sup>3</sup> Комунальне некомерційне підприємство «Консультативно-діагностичний центр дитячий Дарницького району м. Києва», Київ, Україна

<sup>4</sup> Навчально-корекційний дошкільний дитячий садок «Дитина з майбутнім» Солом'янського району м. Києва, Київ, Україна

Показники поширеності й ступенів тяжкості гінгівіту зростають із віком, при цьому вже перші ознаки захворювання проявляються в дітей до 5-ти років. Згідно з даними МОЗ України показник поширеності розладів аутистичного спектра (РАС) неухильно зростає щорічно від 28,2 до 35,7%. Ураховуючи наведену статистику, цілком імовірно, що стоматологи у своїй повсякденній практиці лікуватимуть пацієнтів із РАС, тому розуміння їхніх особливостей важливе для планування ефективного лікування.

РАС не є специфічним діагнозом, це «парасольковий» термін (umbrella term) [МКХ-10; DSM-IV]. Незважаючи на те, що РАС визначено одним із найтяжчих дитячих психоневрологічних розладів, дослідження стоматологічного здоров'я, зокрема захворювань тканин пародонта в цих дітей, поодинокі [Czipan S.B., 2014, 2020]. Виражена стійка соціальна дезадаптація й інвалідність, що супроводжує аутизм, суттєво ускладнюють клінічні дослідження.

У дітей із РАС виникають ще більші труднощі в дотриманні особистої гігієни через низький рівень навичок самообслуговування, що пов'язано з особливістю їхньої поведінки, дефіцитом уваги, зниженою здатністю до навчання. Також наявні сенсорні проблеми, наприклад гіперчутливість до щетинок зубної щітки і смаку пасти, що змушує дітей уникати чищення зубів [Gazhva S.I., 2018]. Вони також можуть бути викликані відсутністю необхідних мануальних навичок дітей із аутизмом, що може призвести до незадовільного чищення зубів.