

інших методів допоміжної діагностики, порушення принципів диспансеризації, перешкоджають обґрунтованому вибору методу лікування і встановленню показань до біопсії. Головними причинами такого стану є лікарські помилки, пізнє звернення хворих до лікаря, відмова від обстеження та прихований перебіг захворювання.

**Мета дослідження:** обґрунтувати значимість малоінвазивних методів діагностики неопластичних процесів щелепно-лицевої ділянки на різних етапах стоматологічної допомоги.

#### Методи та результати дослідження

У практиці лікаря-стоматолога на поліклінічному етапі для ретельного обстеження пацієнтів доцільно використовувати малоінвазивні методи дослідження. Такі методи не потребують спеціальної підготовки лікаря та можуть бути використані для успішної діагностики злоякісних новоутворень. Одним із таких методів є кольорова проба з 1% водним розчином толуїдиного синього для визначення підозрілих ділянок слизової оболонки порожнини рота, також для диференційної діагностики доброякісних і злоякісних пухлин. Вітальне зафарбовування толуїдиновим синім має високу чутливість, але низьку специфічність, так як барвник накопичується як в ділянках з дисплазією, так і з запаленням. Ця проба, за своєю інформативністю подібна до негайної біопсії.

Одним із нових діагностичних методів отримання зразка тканин для гістологічного аналізу є Браш тест. Лікар використовує жорстку щітку для слизової оболонки порожнини рота під значним тиском, щоб виникли точкові кровотечі для забезпечення повноцінного взяття зразка з глибоких шарів епітелію. У подальшому, клітинні зразки можуть бути проаналізовані різноманітним унікальним діагностичним методикам, таких як цитоморфометрія, ДНК цитометрія, імуноцитохімічні аналізи. Чутливість Oral CDx тесту варіює від 71% до 100%, специфічність від 27% - 94%. Має 100% співпадання з результатами звичайної скальпельної біопсії, але має переваги: є безболісним, може використовуватися усіма лікарями-стоматологами. Використовують у хворих з чисельними осередками ураження порожнини рота, тому що безболісний та корисний хворим, що бояться звичайної біопсії.

Також в умовах амбулаторного прийому можливе використання люмінесцентної діагностики. За допомогою фотополімеризатора Lux Dent серії UFL-122, який працює у чотирьох спектрах світла (синій, зелений, червоний та помаранчевий). Для ранньої діагностики передракових та злоякісних новоутворень слизової оболонки порожнини рота використовується режим зеленого кольору, який допомагає більш детально виявити розповсюдженість патологічного процесу.

**Висновок.** Такі методи діагностики є достатньо чутливими, безболісними для пацієнта та можуть бути використані на амбулаторному прийомі лікарями-стоматологами.

УДК 616.314-002.4-053.4/5-084

Падалка А. І.

### ДИФЕРЕНЦІЙОВАНИЙ РОЗПОДІЛ ШКОЛЯРІВ В ДИСПАНСЕРНІ ГРУПИ ДЛЯ ПРОФІЛАКТИКИ КАРІЕСУ ЗУБІВ

ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія», м. Полтава

#### Актуальність

Карієс зубів – це одна з найбільш поширених проблем, що пов'язана із захворюваннями органів порожнини рота. Згідно з даними численних досліджень, захворюваність населення земної кулі карієсом зубів варіює в межах від 90 до 100%. Найбільш ефективним, визнаним експертами ВООЗ, засобом для попередження розвитку карієсу є фтор, особливо при місцевому його застосуванні. Тому з цією метою він дуже широко використовується в складі зубних паст, еліксирів, ополіскувачів для порожнини рота, стоматологічних лаків та гелів. Але фториди не завжди виявляють тільки позитивну дію. Можливий і негативний їх вплив, що проявляється у вигляді флюорозу та деструкції твердих тканин зуба. До того ж, при флюорозі зуби також уражаються карієсом. От чому, індивідуальний диференційований підхід до диспансеризації дітей з метою профілактики карієсу зубів є актуальним питанням на сьогоднішній день.

Наукова новизна дослідження. Представлений спосіб дає змогу диференційовано сформувати диспансерні групи школярів для профілактики карієсу в залежності від рівня структурно-функціональної резистентності емалі та індивідуальної оцінки здатності емалі зубів засвоювати (зв'язувати) іони фтору.

**Мета роботи.** Розробити спосіб диференційованого розподілу школярів в диспансерні групи для профілактики карієсу зубів.

#### Матеріали та методи дослідження

Для визначення індивідуальної чутливості емалі постійних зубів до іону фтору обстежено 50 пацієнтів-добровольців в віці 16-17 років. Кожному із пацієнтів проводилося тестування запропонованим способом, який виконується у два етапи на зубах 11 або 21. На першому етапі визначається структурно-функціональна резистентність емалі з використанням ТЕР-тесту (Окушко В.Р., Косарева Л.І., 1983). На другому етапі проводиться індивідуальна оцінка здатності емалі зуба засвоювати (зв'язувати) іони фтору після додаткового фторнавантаження 2% розчином фториду натрію на протравлених ділянках емалі, згідно авторської методики (патент України № 98140). Результати першого і другого етапів дослідження порівнювали. Відповідно до результатів тестування визначали диспансерну групу пацієнта.

Результати дослідження. При низькій та дуже низькій структурно-функціональній резистентності емалі постійних зубів (ТЕР 50-100%) та зменшенні інтенсивності забарвлення протравлених ділянок емалі після додатко-

вого фторнавантаження в 2 рази і більше, пацієнта відносили до диспансерної групи № 1. Схема профілактики карієсу для пацієнтів даної групи включає:

- покриття зубів стоматологічним лаком з фтором від 2 до 4 разів на рік, в залежності від інтенсивності карієсу та визначеного в динаміці показника засвоєння (зв'язування) іонів фтору емаллю;
- чищення зубів лікувально-профілактичними зубними пастами, які містять фториди;
- застосування ополіскувачів для порожнини рота, до складу яких входять іони фтору.

При середній структурно-функціональній резистентності емалі постійних зубів (ТЕР 30-50%) та зменшенні інтенсивності забарвлення протравлених ділянок емалі після додаткового фторнавантаження менше, ніж в 2 рази, пацієнтів відносили до диспансерної групи № 2. Для них рекомендуємо схему профілактики карієсу постійних зубів, яка включає:

- покриття постійних зубів стоматологічним лаком з фтором 1 - 2 рази на рік, в залежності від інтенсивності карієсу та визначеного в динаміці показника засвоєння (зв'язування) іонів фтору емаллю;
- чищення зубів лікувально-профілактичними зубними пастами, які містять іони фтору та кальцію;
- застосування ополіскувачів для порожнини рота, до складу яких входять фториди та кальцій.

Незалежно від ступеня структурно-функціональної резистентності емалі, при відсутності зниження інтенсивності забарвлення протравлених ділянок емалі після додаткового фторнавантаження, а тим більше при її збільшенні, пацієнтів відносили до диспансерної групи № 3. Рекомендована схема індивідуальної профілактики карієсу постійних зубів у школярів диспансерної групи № 3:

- покриття зубів ремінералізуючими гелями з кальцієм 2 - 4 рази на рік в залежності від інтенсивності карієсу та визначеного в динаміці показника засвоєння (зв'язування) іонів фтору в емалі зубів;
- чищення зубів лікувально-профілактичними зубними пастами з кальцієм;
- застосування ополіскувачів та еліксирів для порожнини рота, які містять кальцій.

### **Висновки**

Запропонований розподіл школярів в диспансерні групи для профілактики карієсу зубів дає можливість лікарю-стоматологу диференційовано захищувати дітей шкільного віку, які проживають в місцевостях з різним вмістом фтору в питній воді, в диспансерні групи, в залежності від рівня структурно-функціональної резистентності емалі та індивідуальної здібності емалі зубів засвоювати (зв'язувати) фтор. Це допомагає лікарю-стоматологу уникнути помилок при призначенні лікарських засобів з метою профілактики карієсу та засобів догляду за зубами.

УДК [616.314 – 053+616.98:578.828VIL]

*Поліщук Т.В.*

### **ПРОЯВИ ВІЛ-ІНФЕКЦІЇ У ДІТЕЙ НА СТОМАТОЛОГІЧНОМУ ПРИЙОМІ**

ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія», м. Полтава

Україна відноситься до числа держав, для яких характерний епідемічний тип поширення ВІЛ/СНІДу. Тому лікарям різного профілю доводиться надавати допомогу як пацієнтам з відомим ВІЛ-статусом, так і тим хворим, що не обстежені та не знають про свій діагноз, а в ряді випадків свідомо приховують його. У стоматологічній практиці зустрічалися випадки, коли діти кілька років лікувалися з приводу проявів ВІЛ-інфекції (дерматитів, стоматитів, анемії, паротиту, пневмонії) у різних фахівців, але при цьому їм не проводилося обстеження на ВІЛ, і відповідно не був поставлений правильний діагноз.

Тому настороженість лікаря-стоматолога дитячого відносно цієї патології повинна базуватися на знанні цілового ряду симптомів ВІЛ-інфекції, багато з яких мають свої характерні клінічні прояви, в той час як деякі симптоми можуть зустрічатися і у не ВІЛ-інфікованих пацієнтів.

Клінічні прояви ВІЛ-інфекції включають ураження органів і систем, пов'язані з безпосереднім впливом ВІЛ, а також розвитком опортуністичних інфекцій.

До основних уражень органів і систем при ВІЛ відносять: збільшення периферичних лімфатичних вузлів, печінки і селезінки, порушення темпів фізичного розвитку, синдром виснаження (вастинг-синдром), ураження шкіри (дерматити, ксероз, васкуліти, плямисто-папульозне висипання), паротит, ураження дихальної системи (лімфоїдна інтерстиціальна пневмонія), ураження ЦНС (ВІЛ-енцефалопатія), ураження серцево-судинної системи (кардіопатія, серцева недостатність), нефропатію (протеїнурія, нефротичний синдром, ниркова недостатність), ураження травного тракту (синдром мальабсорбції), гематологічні зміни (анемія, лейкопенія, тромбоцитопенія).

У дітей одним із діагностичних критеріїв СНІДу є вастинг-синдром - синдром виснаження, який визначається як:

- зниження маси тіла більш ніж на 10%;
- хронічна діарея (більше 30 днів і довше);
- документована лихоманка (інтермітуючому або постійного типу) протягом 30 днів і більше.

Вастинг-синдром є незалежним прогностичним фактором смерті хворих.

У 2-14% дітей відзначається паротит, який характеризується ураженням слинних залоз, що проявляється припухлістю привушних залоз. В одних випадках слинні залози збільшуються в результаті лимфоцитарної інфільтрації, при цьому ураження може бути стійким, як одностороннім, так і двостороннім та може супроводжуватися ксеростомією і болем в роті. При пальпації слинні залози еластичні, безболісні, шкіра над ними не змінена. При натисканні на залозу з протоки виділяється прозора слина.

В інших випадках виникає бактеріальний паротит, частіше однобічний, рецидивуючий, який супроводжується