

ускладнень, мати необхідне обладнання і відповідний набір медикаментів, якість, терміни зберігання і кількість яких має щомісяця контролюватися. Правильна тактика проведення реабілітаційних заходів до прибуття спеціалізованої реанімаційної допомоги у більшості випадків дозволяє зберегти життя маленьким пацієнтам, які зазнали впливу патологічних чинників, як місцево так і на увесь організм.

## **ХРОНІЧНИЙ РЕЦИДИВУЮЧИЙ АФТОЗНИЙ СТОМАТИТ. КЛІНІЧНИЙ ВИПАДОК**

*Малюченко П., Пончик В.*

**Науковий керівник: асистент Шевченко В.К.**

Кафедра післядипломної освіти лікарів-стоматологів

Полтавський державний медичний університет

Актуальність. Згідно ВООЗ та літературних джерел, поширеність хронічного рецидивуючого афтозного стоматиту (ХРАС) серед осіб молодого віку до 20 років складає 10-20%, а з 20 до 45 років збільшується до 95%. Поширеність ХРАС серед дітей та підлітків вища, ніж серед дорослих. Захворювання виникає переважно у віці 10-40 років. Частіше хворіють жінки. Серед потенційних етіопатогенетичних факторів розвитку рецидивуючого афтозного стоматиту, згідно різних джерел, відмічають системні захворювання шлунково-кишкового тракту, дефіцит вітаміну В12, імунологічні, генетичні зміни, стрес, гормональний дисбаланс, а також локальні мікробні зміни в організмі. Патогенез хронічного рецидивуючого афтозного стоматиту вивчений недостатньо. Гістологічно основою афтозної виразки є запальний інфільтрат, що спочатку складається переважно з лімфоцитів, які пізніше змішуються з нейтрофілами та кератиноцитами.

На кафедру післядипломної освіти лікарів-стоматологів звернулася пацієнтка Н, 32 років, зі скаргами на наявність на слизовій оболонці порожнини рота і язика афт, болісні відчуття при прийомі їжі та утруднену вимову. Рахує себе хворою біля 2-х днів. Подібні елементи ураження відмічала в цей же період рік назад. При огляді на слизовій оболонці правої щоки в ділянці 15, 14 зубів 2 афти розміром 2 x 3 мм. Язик збільшений у розмірі. Гіпертрофія правої бокової поверхні язика з наявністю афти розміром 3 x 5 мм. На фоні гіперемованої слизової передвір'я рота в ділянці 43, 44 зубів діагностована афта розміром 10 x 5 мм. Дно всіх афт покрите сіруватобілим нальотом, який міцно тримається. Афти болісні при пальпації. Тканини періодонту в нормі. У зубах 45, 36 пломби у задовільному

стані. Проведена диференційна діагностика з травматичними ураженнями СОПР, гострим афтозним стоматитом, герпетичним стоматитом, змінами СОПР від специфічних інфекцій, синдромом Бехчета. Консультована гастроентерологом, здійснені допоміжні методи дослідження: клінічний аналіз крові, кров на цукор, біохімічні дослідження крові, ультразвукове дослідження органів черевної порожнини, езофагогастродуоденоскопію. Заключення гастроентеролога: еритематозна гастродуоденопатія. На підставі основних та допоміжних методів обстеження був поставлений діагноз: хронічний рецидивуючий афтозний стоматит. Лікування місцеве: щоденна антисептична обробка афт, сеанси світлолікування з допомогою багатофункціонального приладу Lux Dent UFL-122 (м. Київ) зі спектрами випромінювання “R” (червоний) та “O” (померанчевий) по 1 хв на поле, аплікації – метацил – вінілін – анестезинової суміші.

Загальне лікування проводилось згідно призначень гастроентеролога: дієтотерапія, гіпосенсибілізуюча терапія, імунокорегуючі засоби, вітамінотерапія. З другого по четверте відвідування спостерігалась позитивна динаміка, яка проявлялась у поступовій епітелізації афт, загоєнні уражених ділянок, зменшенням і зникненням больових відчуттів, покращенні загального стану. На четверте відвідування скарги у пацієнтки відсутні.

Висновок. Хронічний рецидивуючий афтозний стоматит, як симптоматичне захворювання, потребує мультидисциплінарного (сумісного лікар-стоматолог і гастроентеролог) місцевого та загального лікування з застосуванням засобів, які прискорюють епітелізацію, використанням фізичних факторів (світлолікування) та загального лікування пацієнтів. Такі хворі повинні знаходитись під диспансерним наглядом.

## **ПСИХОЕМОЦІЙНІ ТА ПОВЕДІНКОВІ ФАКТОРИ РИЗИКУ СИНКОПАЛЬНИХ СТАНІВ НА АМБУЛАТОРНОМУ ПРИЙОМІ ЛІКАРЯ СТОМАТОЛОГА-ХІРУРГА**

*Мамай О.*

**Наукові керівники:** доцент Коломієць С.В. [1], доцент Бойко Д.І. [2]  
Кафедра післядипломної освіти лікарів-стоматологів [1], кафедра психіатрії, наркології та медичної психології [2]  
Полтавський державний медичний університет

Актуальність. Транзиторна гостра судинна недостатність, зокрема синкопе (або непритомність) належить до найбільш