

адентіями (III клас по Кеннеді).

Оцінювали рентгенанатомічну щільність голівок СНЩС шляхом вимірювання денситометричних показників згідно зі шкалою одиниць Хаунсфілда (HU) на дентальному комп'ютерному томографі VATECH PAX-ZENITH 3D.

Результати досліджень та їх обговорення. У ортодонтичних пацієнтів (I група) та у пацієнтів із вторинною адентією (II група) виявили ряд особливостей у денситометричній оцінці щільності голівок СНЩС. При порівнянні між групами середній денситометричний показник при ЗЩА становить $378,55 \pm 34$ одиниць (HU) (I гр.). При вторинній адентії (2 гр.) – $451,2 \pm 55$ одиниць (HU). Тобто, щільність кістки голівок суглоба в людей, що не мають порушень прикусу на 73 одиниці вища, ніж у пацієнтів із ЗЩА, проте ($P > 0,05$).

Таблиця

Середні денситометричні показники щільності голівок СНЩС у групах (HU)

СНЩС	Лівий	Правий	Середнє значення
I група	$378,8 \pm 38$	$378,3 \pm 30$	$378,55 \pm 34$
II група	$453,7 \pm 60$	$448,7 \pm 50$	$451,2 \pm 55$

У залежності від виду ЗЩА щільність кістки голівок СНЩС становить при I класі – $440,4 \pm 65,6$ одиниць (HU), при II класі – $418,7 \pm 62,8$ одиниць (HU) та при III класі – $323,5 \pm 35,6$ одиниць (HU) та знижується по мірі зростання тяжкості ЗЩА.

Висновок. Щільність голівок у ортодонтичних пацієнтів нижче в порівнянні з пацієнтами, що мають вторинну адентію та потребують протезування. Наявність ЗЩА знижує денситометричні показники щільності голівок СНЩС, яка найбільше знижена при III кл. – найбільш складній ортодонтичній патології.

НЕВІДКЛАДНІ СТАНИ В ДИТЯЧІЙ СТОМАТОЛОГІЇ

Лучко А., Ткачова В., Аверін А., Абдулазізова С., Дзембуляк В., Коломійчук А.

Науковий керівник: доцент Максименко А.І.

Кафедра дитячої стоматології

Полтавський державний медичний університет

Актуальність. Невідкладні стани можуть розвинутися на прийомі у лікаря-стоматолога дитячого під час виконання маніпуляцій

в щелепно-лицевій ділянці та становлять загрозу життю і здоров'ю маленьких пацієнтів. Для цього кожен лікар-стоматолог повинен вміти їх вчасно діагностувати, надавати ефективну невідкладну медичну допомогу і запобігати їх виникненню.

Мета дослідження: проаналізувати найбільш поширені невідкладні стани, з якими може зіткнутись лікар-стоматолог дитячий у своїй практиці та узагальнити сучасні підходи до надання невідкладної допомоги.

До найбільш поширених невідкладних станів у практиці лікаря-стоматолога дитячого відносяться: непритомність, колапс, анафілактичний шок, набряк Квінке, бронхіальна астма, епілепсія, гіпоглікемічна кома. До основних причин розвитку невідкладних станів у дитячій стоматології належать: страх дитини перед стоматологічними маніпуляціями, фізичний та емоційний дискомфорт маленьких пацієнтів під час лікування, хронічна супутня патологія, недостатній сон, реакція на больові подразники та компоненти місцевого анестетика.

Щоб попередити або запобігти виникненню невідкладного стану, лікар-стоматолог під час огляду дитини повинен ретельно збирати анамнез життя та захворювання. При проведенні подальшого лікування спостерігати за поведінкою і загальним станом дитини. Перші можливі зміни загального стану та психіки – це початкові, легкі зміни свідомості, що проявляються реакцією дитини. Досить часто початкові зміни психіки проявляються мовним або руховим збудженням, агресією. Вираз обличчя визначає загальний стан дитини: бліде обличчя характерне для крововтрати та інтоксикації. Підвищене потовиділення свідчить про зниження артеріального тиску та температури тіла дитини.

Невідкладна медична допомога має надаватися у короткотривалі терміни й у повному обсязі відповідно до потреб пацієнта. Важливим завданням такої допомоги є полегшення страждань дитини, боротьба з ускладненнями, що загрожують життю, з метою покращення здоров'я хворого або повного його одужання.

Основним завданням профілактики невідкладних станів у дитячій стоматології є детальний збір анамнезу, врахування психоемоційного стану дитини в день прийому, зменшення страху, проявів стоматофобій, ретельне дотримання zasad деонтології, призначення проб на анестетики, забезпечення адекватної психофармакологічної підготовки.

Висновки. Лікар-стоматолог дитячий повинен бути готовий до надання невідкладної допомоги маленьким пацієнтам при виникненні

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