

- чение, противорецидивная терапия). — СПб.: ЭЛБИ-СПб. 2002.-С. 4–37, 98–102.
4. Заболевания слизистой оболочки полости рта / Н.Ф. Данилевский, В.К. Леонтьев, А.Ф. Несин, Ж.И. Рахний. — М.: ОАО «Стоматология», 2001. — 272 с.
 5. Минко О. І., Лінський І. В., Болотова З. М., та ін. Деякі епідеміологічні параметри вживання алкоголю та наркотиків в Україні // Актуальні питання неврології, психіатрії та наркології у світлі концепції розвитку охорони здоров'я населення України. — Тернопіль: Укрмедкнига, 2001. — С. 555–559.
 6. Минко А. И. Алкоголизм — междисциплинарная проблема (выявление, лечение, реабилитация, профилактика) // Украинский вестник психоневрологии. — 2001. — Т. 9, вып. 4. — С. 6–8.
 7. Соціально-економічні проблеми ВІЛ/СНІДу, наркоманії та алкоголізму в Україні та шляхи їх розв'язання: Інформаційний дайджест з алкогольних та наркотичних проблем // Алкоголь та наркотики в Україні. — 2005. — С. 11–12.

Реферат

ОНКОНАСТОРОЖЕНІСТЬ У РОБОТІ ЛІКАРЯ-СТОМАТОЛОГА ПІД ЧАС ОБСТЕЖЕННЯ ПАЦІЄНТІВ З АЛКОГОЛЬНОЮ ЗАЛЕЖНІСТЮ

Казакова О.С.

Ключові слова: онконастороженість, алкогольна залежність.

У статті відображені питання онконастороженості під час обстеження пацієнтів з алкогольною залежністю. Зроблений висновок, що одним із шляхів усунення цієї проблеми є централізоване надання допомоги пацієнтам із алкогольною залежністю.

Summary

VIGILANCE TO THE SIGNS OF ANY ONCOLOGICAL DISEASES IN DENTAL PRACTICE UNDER THE EXAMINATION OF ALCOHOL ADDICTED PATIENTS

Kazakova Ye.S.

Key words: oncological diseases, alcohol addiction

The paper is devoted to the problem of vigilance to the signs of any oncological diseases in dental practice under the examination of alcohol addicted patients. It has been concluded that among the ways of elimination the problem is centralised rendering of medical aid to alcohol addicted patients.

УДК 616.314.26-053.4/.5-089

ОСОБЛИВОСТІ МОТИВАЦІЇ ТА ЕФЕКТИВНОСТІ ОРТОДОНТИЧНОГО ЛІКУВАННЯ У ДІТЕЙ З ЗУБОЩЕЛЕПНИМИ АНОМАЛІЯМИ В ПЕРІОД РАНЬОГО ЗМІННОГО ПРИКУСУ.

Карасюнок А.Є.

Вищий державний навчальний заклад України «Українська медична стоматологічна академія», м. Полтава

Визначена розповсюдженість зубощелепних аномалій в першій половині змінного прикусу. Розроблений комплексний метод підвищення мотивації ортодонтичного лікування в період активного росту дитячого організму, що значно знижує економічні витрати в бюджетних умовах поліклініки та підвищує ефективність ортодонтичного лікування в цілому. Вивчена роль батьків в ортодонтичному лікуванні.

Ключові слова: мотивація, патологія прикусу, змінний прикус, розповсюдженість.

Стоматологічні захворювання мають досить велику розповсюдженість. Особливо це стосується кількості зубощелепних аномалій. Вони є одними з найпоширеніших і, за даними сучасної вітчизняної та зарубіжної наукової літератури досягають, а іноді перевищують 80% [3, 4, 5, 11].

Лікування дітей в першій половині змінного прикусу має свої особливості. В першу чергу вони пов'язані з фізіологічними особливостями розвитку дитячого організму. Активний ріст у віці 6-9 років відкриває необмежені можливості для роботи лікаря-ортодонта. Але, як правило, пацієнти звертаються до ортодонта занадто пізно, коли єдиним виходом для нормалізації порушеної функції є видалення комплектних зубів, а патологічні зміни функції практично неможливо

виправити. Саме тому лікування у дорослому віці частіше за все призводить до рецидиву та потребує довічної ретенції. Виникає необхідність підвищення ефективності ортодонтичного лікування серед дитячого населення, а саме в період раннього змінного прикусу.

Метою нашого дослідження стало вивчення мотивації та ефективності лікування дітей з зубощелепними аномаліями в першій половині змінного прикусу, а також розповсюдженості зубощелепних аномалій у дітей 6-9 років.

З метою визначення розповсюдженості зубощелепних аномалій серед дітей нашого регіону було обстежено 531 дитину в віці від 6 до 9 років. Дані ортодонтичного обстеження за традиційною схемою заносили в спеціально розро-

* Стаття пов'язана з ініціативною науково-дослідною роботою Інституту стоматології АМН України "Удосконалення лікування та профілактики рецидивів захворювань тканин пародонта та карієсу зубів у осіб зі зниженою неспецифічною резистентністю" (№ державної реєстрації 0104U000866)

блені карти, в яких були відображені: морфологія, функція, естетика, етіологія. При обстеженні виявлено, що діти з зубощелепними аномаліями складають 74%. Ортогнатичний прикус було виявлено лише у 26% обстежених.

Всі діти були розділені по видам прикусу відповідно класифікації Енгля. Аномалії положення окремих зубів (I клас) склали 67% відносно загальної кількості дітей з зубощелепними аномаліями, прогнатію (II клас) було виявлено у 29%, на долю прооценічного прикусу (III клас) припадає 4%.

Серед дітей, що потребують ортодонтичної допомоги, у лікаря-ортодонта лікується лише 15%. При лікуванні потрібно враховувати особливості психіки дитини. Доведено, що в період першої половини змінного прикусу в силу психологічних особливостей дитини 6-9 років мотивація до ортодонтичного лікування практично відсутня, так як самооцінка завищена, самосприйняття своєї краси, посмішки і зубів гіперболізована, при реальних морфологічних, функціональних та естетичних порушеннях у дитини скарги висловлюють лише батьки [2,6,7].

Підлітки та дорослі приходять до ортодонтичного відділення з більш чіткою мотивацією, ніж діти. Але значимість турбувань через зубощелепні аномалії у дорослих нижче за рахунок більш сформованих та стійких механізмів психологічного захисту.

Пацієнтів із зубощелепними аномаліями за даними сучасної літератури відрізняють від здорових осіб деякі особливості: невпевненість в собі, знижений настрій, знижений рівень активності, емоційна нестійкість, відчуття дискомфорту. Позитивні психологічні зміни після проведеного ортодонтичного лікування підтверджуються результатами психологічного дослідження [9].

Найважливіше, що може використовувати лікар-ортодонт в роботі з пацієнтом в ранньому змінному прикусі – це домінуюча роль батьків для дитини в цьому віці.

Робота повинна проводитись комплексно, так як ефективність ортодонтичного лікування залежить від активності батьків, лікаря-ортодонта та активності самого пацієнта. Для успіху ортодонтичного лікування нами розроблена система підвищення активності усіх учасників лікувального процесу.

Для підвищення активності батьків з ними була проведена робота – всі діти з патологією прикусу отримали направлення на лікування, на домашню адресу були розіслані пам'ятки про важливість ортодонтичного лікування та повторне запрошення на лікування. Але звернулись за допомогою лише 4%. Тоді ми вивчили думку батьків про ортодонтичне лікування. З цією метою 200 батькам дітей, в яких виявлено патологію зубощелепної системи, розіслали анонімні анке-

ти. За отриманими даними 63% опитаних планують лікуватися у ортодонта, 31,5% вже лікується, а 5,5% просто не помічають зубощелепну аномалію. 77% дітей (зі слів батьків) теж не звертають уваги на аномалію, 83% батьків вважають, що інші діти не звертають уваги на аномалію їхньої дитини і лише 11,5% відмічають, що їхню дитину дратують інші діти та насміхаються з неї через аномалію прикусу. Тільки 23% опитаних вважають, що зубощелепна аномалія може вплинути на життя дитини, але 50% батьків відмічає, що аномалія має вплив на формування особистості дитини, а 60% – що виправлення аномалії змінить життя їх дитини. При цьому 51,5% опитаних вважає, що зубощелепна аномалія не вплине на вибір професії їх дитини. 97% опитаних вважають, що зубощелепні аномалії потрібно лікувати.

У себе зубощелепні аномалію відмітили 35% батьків, а у своїх рідних – 49%. Таким чином, майже 84% дітей "схожі" на рідних.

Отримані результати підтверджують, що роз'яснювальна робота, профілактично-просвітницькі заходи та робота з підвищення мотивації має проводитись саме для батьків.

Ортодонтичне лікування тривале та досить складне. Кожне відвідування лікаря є стресовим фактором для дитини [6]. Дітям без підтримки батьків досить складно, вони неодноразово ламають та гублять ортодонтичні апарати. Тому обов'язковою частиною ортодонтичного лікування є співробітництво лікаря з батьками [8]. Таке невідповідальне ставлення батьків до ортодонтичного лікування може бути пояснене тільки низькою поінформованістю про зубощелепні аномалії та наслідки, до яких може привести відмова від лікування у ранньому змінному прикусі.

Підвищення інформованості дозволить підвищити мотивацію до лікування дітей та дозволить викликати інтерес та бажання лікуватися у дітей. В батьках ми можемо мати або перешкоду лікарю, або хорошу підтримку дитині.

Популярність ортодонтичного лікування за останні 5 років значно зросла – про це свідчить проведене нами опитування 40 лікарів-ортодонтів України. На їхню думку, основною причиною переривання ортодонтичного лікування є саме його довготривалість. А також вплив батьків на дитину: всі опитані відмічають, що завжди проводять бесіди про роль батьків в ортодонтичному лікуванні та цікавляться відношенням до лікування в родині, оскільки найбільшим авторитетом для дитини в віці 6-9 років є батьки. Несерйозне ставлення родини негативно впливає на процес лікування та знижує і без того низьку мотивацію до лікування у дітей.

Ортоданти відмічають, що використовують в своїй практиці методи психологічного впливу на

пацієнтів та їх батьків: демонструють ортодонтичні апарати та закінчені випадки лікування, показують фото дітей до та після лікування, розповідають про вплив зовнішності на вибір професії.

Для попередження ортодонтичного лікування розповідають про переваги ортодонтичного прикусу та негативні наслідки відмови від лікування, дають час подумати перед початком лікування.

Психологічні методи – невід’ємна частина ортодонтичного лікування, яка дозволяє попередити ускладнення в процесі лікування та запобігти його перериванню. Тільки ретельне вивчення соматопсихологічного статусу пацієнта дозволяє обрати оптимальний варіант лікування та спрогнозувати ефективність лікування в майбутньому [9].

Нами створений інформаційних відеоролик “батькам про ортодонтію та ортодонтичне лікування”. Він дозволяє наглядно розповісти про те, що таке ортодонтія, як важливо своєчасно виправити зубощелепні аномалію, які привілеї будуть мати їхні діти, виправивши прикус та наскільки важлива роль батьків у процесі лікування.

Перед переглядом відеоролика та після нього батькам пропонують відповісти на питання спеціально розроблених анкет. Це дозволяє виявити вихідний рівень ортодонтичної освіченості батьків, проаналізувати переглянутий матеріал та задати питання, які виникли в процесі перегляду відеоролика. Для закріплення результату батькам пропонують брошури, інформативні пам’ятки.

Найважливішою є робота з дітьми [10]. Бесіди повинні бути цікавими для дітей, викликати безпосередню зацікавленість у проведенні профілактики та лікування зубощелепних аномалій, а також на підсвідомому рівні підвищувати мотивацію до ортодонтичного лікування. Цікавим та ефективним може бути проведення для школярів конкурсів “краси прикусу”, “міс та містер по-смішка”. Це підсилить їхнє прагнення бути красивими.

Запропонований метод сприяє підвищенню мотивації, активізації ортодонтичного лікування в період активного росту дитячого організму, значно знижує економічні витрати в бюджетних умовах поліклініки та підвищує ефективність ортодонтичного лікування в цілому.

Література

1. Барінова М.Г., Андрищев А.Р. Психологические особенности пациентов с сочетанными зубо-челюстно-лицевыми аномалиями // Стоматология детского возраста и профилактика. – 2002. – № 1-2. – С. 61-65.
2. Бобров А.П., Кутергина К.А., Корсак А.В. Роль межличностного контакта при ортодонтическом лечении // Стоматология детского возраста и профилактика. – 2003. – № 3-4. – С. 18-22.
3. Виноградов С.И., Виноградова А.С., Дауева Р.Х.-М. Состояние зубочелюстного аппарата у детей школьного возраста в Колпинском районе г. С.-Петербурга // Стоматология детского возраста и профилактика. – 2003. – № 3-4. – С. 7-12.
4. Денга О.В., Мірчук Б.М., Горохівський В.Н., Степанова С.В. Поширеність зубощелепних аномалій та стан порожнини рота у дітей м. Дніпропетровська // Вісник стоматології. – 2004. – №2. – С. 74-76.
5. Денга О.В., Мірчук Б.М., Раджаб М. Поширеність зубощелепних аномалій і карієсу зубів у дітей у період раннього змінного прикусу // Український стоматологічний альманах. – 2004. – № 1-2. – С. 48-51.
6. Куроедова В.Д. Отношение пациентов к стоматологическому и ортодонтическому лечению // ДентАрт. – 1997. – № 4. – С. 26-29.
7. Куроедова В.Д., Седых К.В. Оценка внутренней картины болезни у пациентов с зубочелюстными аномалиями // Новое в стоматологии. – 1995. – №3. – С. 35-36.
8. Пономарева Е.А., Соколов А.Н. Влияние социально-психологических проблем родителей на развитие ребенка с челюстно-лицевой патологией // Клиническая стоматология. – 2001. – спецвыпуск. – С. 93-95.
9. Туликова Л.Н. Повышение мотивации к лечению как фактор эффективности реабилитации пациентов // Материалы всероссийской научно-практической конференции “Актуальные проблемы стоматологии”. Чита, 1998. – С. 104-105.
10. Хитров В.Ю., Шатрова Г.Ф., Анохина А.В. К вопросу о целесообразности психологической подготовки перед ортодонтическим лечением // Материалы двенадцатой межрегиональной научно-практической конференции стоматологов, посвященной 55-летию Победы в Великой Отечественной войне и 20-летию стомат. факультета “Современные вопросы стоматологии”. – Ижевск, 2000. – С. 244-248.
11. Чапала В.М. Кто займется профилактикой? Проблемы ранней диагностики и коррекции аномалий прикуса у детей дошкольного возраста // Стоматология детского возраста и профилактика. – 2004. – № 1-2. – С. 10-12.

Реферат

ОСОБЕННОСТИ МОТИВАЦИИ И ЭФФЕКТИВНОСТИ ОРТОДОНТИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ У ДЕТЕЙ С ЗУБОЧЕЛЮСТНЫМИ АНОМАЛИЯМИ В ПЕРИОД РАННЕГО СМЕННОГО ПРИКУСА

Карасюнок А.Е.

Ключевые слова: мотивация, патология прикуса, сменный прикус, распространенность.

Изучена распространенность зубочелюстных аномалий в первой половине сменного прикуса. Разработан комплексный метод повышения мотивации ортодонтического лечения в период активного роста детского организма, что значительно уменьшает экономические затраты в бюджетных условиях поликлиники и повышает эффективность ортодонтического лечения в целом. Изучена роль родителей в ортодонтическом лечении.

Summary

PECULIARITIES OF INTERNAL MOTIVATION AND ORTHODONTIC TREATMENT EFFICIENCY IN CHILDREN WITH DENTOFACIAL ABNORMALITIES FOR EARLY REPLACEABLE OCCLUSION PERIOD

Karas'unok A. Ye.

Key words. motivation, occlusal pathology, replaceable bite, prevalence.

We studied the prevalence of dentofacial abnormalities at the very beginning of replaceable bite. As we developed the method rising children internal motivation as for orthodontic correction for the period of intensive growth that heightens efficiency of orthodontic treatment as whole. Special attention was paid to the role of parents and their participation in the treatment.

УДК 616.311.2.-002-08-053.4/5

ЗМІНИ КАЛЬЦІУ ТА ФОСФОРУ В РОТОВІЙ РІДИНІ ДІТЕЙ ІЗ ХРОНІЧНИМ КАТАРАЛЬНИМ ГІНГІВІТОМ ПІД ЧАС ЛІКУВАННЯ

Каськова Л.Ф., Абрамова О.Е.

Вищий державний навчальний заклад України «Українська медична стоматологічна академія», м. Полтава

У нашій роботі представлені дані зміни концентрації кальцію та неорганічних фосфатів у ротовій рідині дітей 12-15 років з хронічним катаральним гінгівітом, які проживають у різних регіонах стосовно вмісту фтору в питній воді. Вивчений вплив запропонованих лікувально-профілактичних комплексів на ці біохімічні показники.

Ключові слова. кальцій, фосфор, ротова рідина, хронічний катаральний гінгівіт, діти.

Мікроелементи відіграють значну роль у виникненні та розвитку запально-дистрофічних хвороб пародонта, вони впливають як на структуру тканин пародонта, так і на процеси обміну в ньому [4].

На фоні зниження в пародонті газообміну, в умовах запальних захворювань пародонта, підвищується концентрація деяких іонів (Ca^{2+} , HPO_4^{2-} , Na^+ та ін.) і збільшується іонна проникність епітелію ясен [2].

Метою нашої роботи було вивчення зміни концентрацій кальцію та неорганічних фосфатів у дітей із хронічним катаральним гінгівітом на фоні різного вмісту фтору в питній воді в процесі лікування.

Матеріали і методи

Нами обстежено 225 дітей віком від 12 до 15 років у місцевостях із різним вмістом фтору в питній воді. Діти кожного регіону були розподілені на три групи (контрольна – діти з інтактним пародонтом, групи плацебо і основна – діти з хронічним катаральним гінгівітом).

Полтава (оптимальний рівень фтору):

- контроль, інтактний пародонт;
- плацебо: зубна паста «Лесной бальзам», зубний еліксир «Цикорий», вітамінний комплекс «Ундевіт»;
- основна група: зубна паста «Новый жемчуг Тотал», зубний еліксир «Апельсиновый», полівітамінний комплекс «Декамевіт».

Карлівка (підвищений рівень фтору):

- контроль, інтактний пародонт;
- плацебо: зубна паста «Лесной бальзам», зубний еліксир «Цикорий», вітамінний комплекс «Ундевіт»;
- основна група: зубна паста «Восход №9», зубний еліксир «Эксоидент», полівітамінний комплекс «Декамевіт».

Кременчук (знижений рівень фтору):

- контроль, інтактний пародонт;
- плацебо: зубна паста «Лесной бальзам», зубний еліксир «Цикорий», вітамінний комплекс «Ундевіт»;
- основна група: зубна паста «Новый жемчуг Семь трав», зубний еліксир «Биодент-3», полівітамінний комплекс «Декамевіт».

Забір ротової рідини у контрольних групах здійснювали один раз, а в групах плацебо і основних проводили перед призначенням лікування, після місячного курсу комплексної терапії та через 6 місяців після закінчення курсу.

Рівень неорганічних фосфатів у ротовій рідині визначали за допомогою реакції фосфору з молибденовою кислотою [3].

Концентрацію іонізованого кальцію в ротовій рідині визначали за методом Монжиса і Зака [1].

Результати досліджень та їх обговорення

Під час дослідження ротової рідини виявлено, що хронічні катаральні гінгівіти у дітей, які проживають в регіонах з оптимальним (Полтава) і підвищеним (Карлівка) вмістом фтору в питній воді, протікають на тлі підвищеної концентрації

* Стаття є фрагментом НДР «Удосконалення лікування та профілактики рецидивів захворювань тканин пародонта та карієсу зубів у осіб зі зниженою неспецифічною резистентністю» АМН.055.04