

тальній оклюзії зубних рядів форми II-2 частота хвороб тканин пародонта на 37,6% вища, ніж у формі II-1 ( $p \leq 0,001$ ).

Аномалії прискріплення вуздечок верхньої й нижньої губ язика, глибини переддвер'я порожнини рота були майже аналогічні як при дистальній оклюзії зубних рядів форми II-1, так і при дистальній оклюзії зубних рядів форми II-2, і з віком пацієнтів бачі зміни статистично недостовірні.

За клінічними даними, кількість спостережень з ознаками дисфункції СНЩС із віком пацієнтів збільшувалася на 45,4% ( $p \leq 0,001$ ) у формі II-1 і на 87,1% ( $p \leq 0,001$ ) - у формі II-2. Крім того, нами визначено, що кількість спостережень з ознаками дисфункції СНЩС при дистальній оклюзії форми II-2 у віковій групі старших 18 років на 26,8% ( $p \leq 0,01$ ) більше, ніж у формі II-1.

Усе вищевикладене визначило різний відсоток тих чи інших стоматологічних дій у лікуванні пацієнтів із дистальною оклюзією зубних рядів у віковому аспекті (9-12 років, 13-18 років і старших 18 років). З віком пацієнтів із дистальною оклюзією зубних рядів відсоток у наданні хірургічної, терапевтичної і ортопедичної допомоги зростає.

Так, у віковий період 9-12 років терапевтична стоматологічна підготовка (санация порожнини рота з підготовкою твердих тканин зуба, слизової

оболонки і тканин пародонта до ортодонтичного лікування) була проведена нами в  $35,1 \pm 3,8\%$  пацієнтів; у віковій групі 13-18 років – у  $74,6 \pm 4,0\%$  і у віковий період старших 18 років - у  $97,8 \pm 1,5\%$  ( $p \leq 0,001$ ).

Необхідність у хірургічній стоматологічній підготовці також із віком пацієнтів підвищується ( $p \leq 0,001$ ). Так, у віковий період 9-12 років вона становила  $59,7 \pm 3,9\%$ , 13-18 років –  $87,4 \pm 3,1\%$  спостережень і у віковий період старших 18 років -  $80,8 \pm 4,1\%$ . Із віком пацієнтів зростає відсоток випадків із видаленням зубів і проведенням хірургічної корекції хвороб тканин пародонта.

Кількість пацієнтів, яким була проведена ортопедична стоматологічна підготовка, збільшується у віковому аспекті з  $7,1 \pm 2,1\%$  у період 9-12 років до  $34,0 \pm 4,9\%$  у віковий період старших 18 років ( $p \leq 0,001$ ).

Отже, з віком пацієнтів із дистальною оклюзією зубних рядів збільшується кількість ускладнень супутньою стоматологічною патологією, що необхідно враховувати в складанні плану лікування і реабілітації кожного окремого пацієнта з визначенням ролі ортодонтичних, ортопедичних, терапевтичних і хірургічних методів лікування.



## ОРГАНІЗАЦІЙНІ АСПЕКТИ РОБОТИ ОБЛАСНОГО ДИСПАНСЕРНОГО ЦЕНТРУ ДЛЯ ДІТЕЙ З УРОДЖЕНИМИ ВАДАМИ РОЗВИТКУ ОБЛИЧЧЯ

Вищий державний  
навчальний заклад  
України „Українська  
медична  
стоматологічна  
академія”

Ткаченко П.І.,  
Гуржій О.В.,  
Білоконь С.О.

сигнальних картках у центр. На підставі вивчених нами звітних даних слід зазначити, що на фоні зниження народжуваності кількість таких дітей складає в середньому 1 випадок на 850 народжених. Найвищі показники мають Кременчук і Космодольськ.

Консультаційний прийом дітей проводиться щотижня за участю хірурга і терапевта - стоматологів, ортодонта. За необхідності дітей додатково консультують лікарі суміжних спеціальностей. Особливу увагу звертаємо на психологічну адаптацію рідних до цієї нестандартної ситуації, хірургічне, логопедичне ортодонтичне лікування. Зокрема, за період із 2002 по 2006 рр. прооперовано

Уроджені вади розвитку обличчя – досить поширені хвороби, а діти цієї групи потребують систематичного комплексного нагляду за умов диспансерного забезпечення на базі дитячої міської клінічної стоматологічної поліклініки м. Полтави.

Вся інформація про дітей, які народилися з цієї патологією, із пологових будинків надходить на

267 дітей із щілинними дефектами верхньої губи і піднебіння, проведено 93 корегуючих і реконструктивних операцій.

Нині постійне лікування за умов диспансерного забезпечення отримують 302 дитини, що створює

реальні можливості для повноцінного відновлення функцій і гармонійного формування зовнішнього вигляду, забезпечує найдієвішу соціальну реабілітацію цієї складної категорії хворих.



## ВЕДЕННЯ ДІТЕЙ З УРОДЖЕНИМИ ВАДАМИ РОЗВИТКУ ОБЛИЧЧЯ В ПЕРЕД- І РАННІЙ ПІСЛЯОПЕРАЦІЙНИЙ ПЕРІОДИ

*Вищий державний  
навчальний заклад  
України „Українська  
медична  
стоматологічна  
академія”*

*Ткаченко П.І.,  
Гуржій О.В.*

Останніми роками значно збільшилася кількість хворих, у яких уроджені вади розвитку обличчя поєднуються з іншими генетичними аномаліями, зокрема особливостями анатомічної будови органів носоглотки, ротоглотки і верхніх дихальних шляхів, що обумовлює відповідний ризик як анестезіологічного забезпечення, так і проведення власне оперативного втручання. Це визначає важливість послідовності принципу ведення таких хворих на всіх етапах перебування в спеціалізованому відділенні.

Насамперед слід подбати про особливості передопераційної підготовки з метою створення оптимальних умов для проведення інгаляційного

наркозу зі збереженням його відповідної глибини та своєчасного розпізнавання можливих порушень із боку дихальної і серцево-судинної системи.

У ранній післяопераційний період протягом до хворі мають перебувати в реанімаційному відділенні, де проводиться штучна вентиляція легень із застосуванням зволожувачів повітря, що відбувається. Екстубацію виконують по мірі продрждження пацієнта. Призначають аналгетики, антибіотики широкого спектра дії, санацію рото- і носоглотки.

Інфузійна терапія передбачає парентеральне введення білкових препаратів, розчину глюкози солевих компонентів протягом 2-3 діб у об'єм половини фізіологічної необхідності.

Як показує наш досвід, запобіжні заходи дозволяють покращити результати оперативного втручання, зменшити кількість ускладнень на всіх етапах перебування дитини в спеціалізованому відділенні.