

Summary

ORAL HEALTH LITERACY AND LEVEL OF ORAL HYGIENE IN OVERWEIGHT CHILDREN

Kostura V.L., Bezvushko E.V.

Key words: oral hygiene, educational knowledge, children, overweight, gingivitis.

Hygienic oral care for the most school age children is still found out as inadequate that contributes to the development of common dental diseases. The purpose of this study was to assess the state of oral hygiene and to evaluate oral health literacy in overweight children. Materials and methods: The state of hygiene of the oral cavity was analyzed by the Fedorov-Volodkina index in 278 overweight children, 89 obese children and 292 children with normal body weight, who made up a control group. The age of patients ranged from 12 and 15 years. Results. According to the survey, $35.41 \pm 2.87\%$ of overweight children kept regular hygienic oral care that was 1.76 times less compared with the children of the control group and 1.48 times less than in children with obesity. The most of 12-year-old overweight and obese children were found to have satisfactory oral hygiene and good oral hygiene state, and only in 15-year-old overweight children demonstrated good oral hygienic state. The value of the Fedorov-Volodkina index in the overweight children with gingivitis was higher and corresponded to the unsatisfactory hygienic state than that of their peers without gingivitis.

УДК 617.538-006.2-07

Ткаченко П.І., Резвіна К.Ю., Швець А.І., Костріков А.В.

ІНФОРМАТИВНІСТЬ ДІАГНОСТИЧНИХ ЗАХОДІВ НА ЕТАПАХ ОБСТЕЖЕННЯ ХВОРИХ З БІЧНИМИ КІСТАМИ ШИЇ

ВДНЗ України «Українська медична стоматологічна академія», м. Полтава

Поетапне обстеження 158 хворих з бічними кістами шиї дозволило встановити, що інформативність ультразвукової діагностики, пункційної біопсії і морфологічних досліджень значно різняться при їх різних нозологічних формах. Порівняння діагнозу, встановленого при обстеженні за поліклінічних умов, з результатами вивчення гістологічної структури всіх кістозних утворень дозволило встановити, що невідповідність між ними складає 42,8%, що формує певну насторогу і потребує подальшого розширення застосування спектру спеціальних методів досліджень на догоспітальному етапі з метою більш об'єктивної оцінки клінічної ситуації в кожному конкретному випадку.

Ключові слова: кісти шиї, дермоїдні, епідермоїдні, бічні, ектоповані слинні залози, поетапне обстеження, діагностика.

Робота є фрагментом НДР «Інтегративно-диференційоване обґрунтування вибору оптимальних методик оперативних втручань та обсягу лікувальних заходів при хірургічній патології щелепно-лицевої ділянки», державний реєстраційний номер 0116U003821.

В клінічній практиці хірурга-стоматолога досить часто зустрічаються кісти бічної поверхні шиї, що складає 25% від усіх кіст м'яких тканин щелепно-лицевої ділянки [1;2;3]. Серед них, згідно загальноприйнятої класифікації, виділяють бічні кісти шиї, дермоїдні, епідермоїдні та кісти ектопованих слинних залоз. Наявність певних труднощів у діагностиці та схожість клінічних проявів зумовлюють актуальність даної проблеми для хірургічної стоматології, тим більше, що останніми роками помітне збільшення кількості хворих, які звертаються в клініки з приводу новоутворень голови та шиї [2;5;7;8].

Труднощі на етапах діагностики, високий показник рецидивів та післяопераційних ускладнень при лікуванні кіст бічної поверхні шиї досить тісно пов'язані з особливостями їх топографо-анатомічної локалізації. Ускладнюється ця ситуація ще й за рахунок відсутності чітко спланованих діагностичних заходів на етапах обстеження, що нерідко призводить до виявлення захворювання лише на при його виражених клінічних проявах [1;3;6;12].

Тому з метою підвищення ефективності хірургічної допомоги пацієнтам з цією патологією вагоме місце приділяється застосуванню сучасних методів діагностики на всіх етапах клінічного об-

стеження для створення можливості віддиференціювати кісти між собою з метою подальшого визначення інформативності тактичних заходів [6;7;8].

Мета дослідження

Встановити інформативність та уточнити специфіку діагностичних заходів на етапах обстеження хворих з бічними кістами шиї.

Матеріали та методи

Згідно з метою роботи нами було проведено узагальнення власних клінічних спостережень із залученням додаткових і спеціальних методів обстеження та проаналізовано архівний матеріал викладений в історіях хворих, які перебували на стаціонарному лікуванні у відділенні щелепно-лицевої хірургії Полтавської обласної лікарні ім. М.В. Скліфосовського з 2007 по 2017 роки.

Приділяли увагу клінічним проявам, які характерні саме для бічних кіст шиї. Поетапно простежували інформативність діагностичних заходів на всіх етапах обстеження: при ультразвуковому дослідженні, заборі матеріалу з порожнини кісти з подальшим цитологічним та біохімічним дослідженням пунктату [5;9;10;11]. В післяопераційному періоді проводили гістологічне ви-

вчення структурних компонентів стінок кістозних утворень за стандартними методиками з метою їх верифікації [4].

Результати та їх обговорення

Загальний аналіз архівних даних, представлених в історіях хвороб тематичних пацієнтів та власних спостережень, дозволив встановити, що кількість хворих з кістами бічної ділянки шиї за 10 років склала 197 пацієнтів віком від 18 до 73 років. Із 197 хворих ми взяли до подальшої розробки 158 (80,2%). Вони були повністю об-

стежені відповідно до розробленого нами алгоритму діагностики для цієї категорії хворих [9]. Вивчення частоти встановлення діагнозу при первинному зверненні в поліклініку з різними нозологічними формами кістозних утворень цієї ділянки дозволило встановити, що найчастіше зустрічалися істинні бічні (бранхіогенні) кісти – 89 хворих (56,3%), дермоїдні кісти виявлені у 41 (26%), епідермоїдні діагностовано у 20 пацієнтів (12,7%), а кісти слинних залоз у 8 – (5%) (Рис.1).

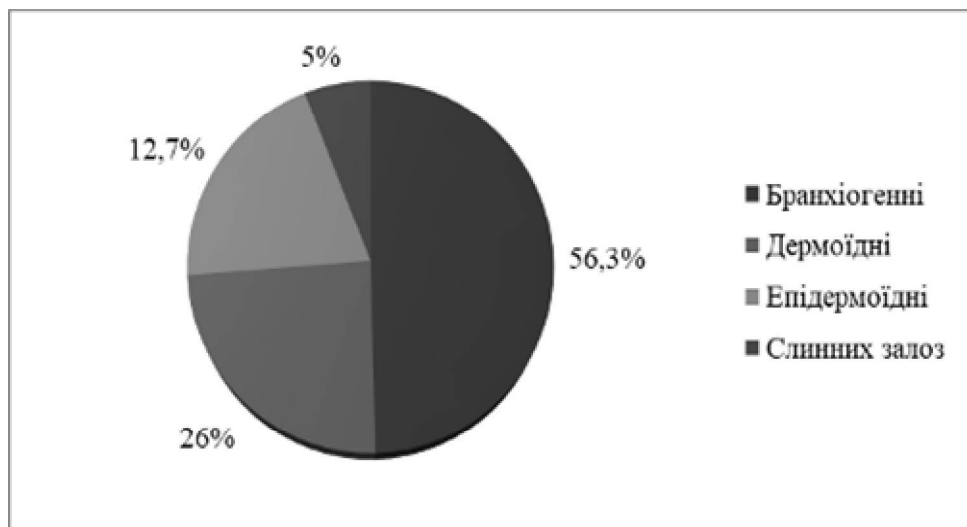


Рис. 1 Діаграма частоти діагностування різновидів кіст бічної ділянки шиї при первинному обстеженні за поліклінічних умов

Щодо отриманих даних стосовно вікового періоду у пацієнтів з кістами бічної поверхні шиї, то можна стверджувати, що найчастіше зверталися хворі зрілого віку за класифікацією ВОЗ – 21-35 років.

Скарги у всіх хворих зводилися до наявності утворення на бічній поверхні шиї зліва у 72 пацієнта (45,6%), справа відповідно – 86 (54,4%).

На початковому етапі обстеження нами були виявлені загальні клінічні ознаки. Щодо форми, то у 78 хворих (49,4%) визначалася асиметрія в середній третині шиї у вигляді овальної конфігурації та у 80 хворих (50,6%) – округлої. Розмір і консистенція відповідали даним, що наведені у літературних джерелах [3;4;10;12].

Колір шкірних покривів над утвореннями у всіх хворих залишався без змін, шкіра бралася в смужку. Співвідношення до кивального м'язу було варіабельним і по передній його поверхні кіста розташовувалася у 101 хворого (63,9%), по задній поверхні її локалізація спостерігалася у 35 хворих (22,1%) а безпосередньо над грудиноключично-соскоподібним м'язом вона мала місце у 11 хворих (7%) та у 11 хворих (7%) залягла під м'язом.

Наступний етап діагностичного обстеження був представлений ультразвуковою візуалізацією, яка була проведена з урахуванням наших напрацювань [1;9;11]. Вона надала можливість

визначити товщину стінки кісти та встановити ступінь ехогенності структурних компонентів її вмісту (рис. 2).

Відповідно до цих оціночних критеріїв, при товщині стінки кістозного утворення до 1,5 мм та присутності ознак гідрофільності і наявності у середині порожнини дрібнодисперсних включень дозволили віднести їх до істинних бічних кіст у 68 випадках (43%).

У 47 хворих (28,9%) під час ультразвукового дослідження кістозних утворень шиї вдалося встановити характеристики, притаманні дермоїдним кістам. Що стосується стінки кісти, то вона в даному випадку візуалізувалася щільною з потовщеннями до 3 мм, а в утворенні визначалися гіперехогенні включення з превалюванням крупнодисперсних часток.

Інший варіант ультразвукової картини визначався при епідермоїдних кістах. Відмічалася чіткість контурів утворення з товщиною стінки до 2 мм, а вміст візуалізувався гіпоехогенним з наявністю дисперсних включень різної фрагментації. Ми констатували за цими даними наявність епідермоїдних кіст у 36 хворих, що склало 22,8%.

При кістах слинної залози (7 пацієнтів – 4,4%) визначалася чіткість її контурів із товщиною оболонки до 1 мм, а порожнина була заповнена вмістом з ознаками гідрофільності.

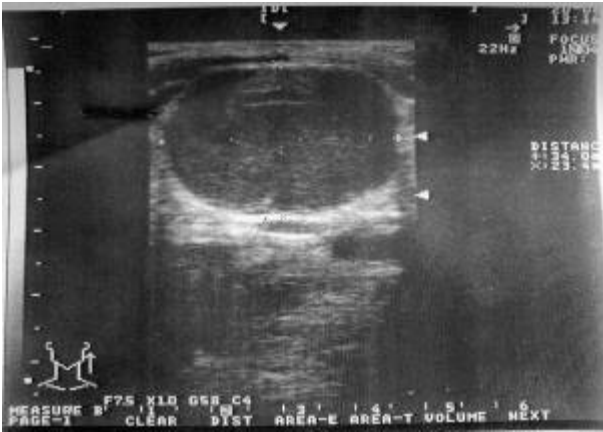


Рис. 2 Ультразвукове зображення епідермоїдної кісти бічної ділянки шиї зліва хворого Л., 25 років, історія хвороби №1119. Визначається гіпоехогенне овальне утворення розміром 34x24 мм з рівними і чіткими контурами з включенням дисперсних компонентів різної фрагментації. Товщина стінки 2мм.

Наступним етапом обстеження хворих було цитологічне дослідження пунктату, яке дозволило розширити уяву про походження кіст за рахунок вивчення клітинного складу їх вмісту. Представництво злущених епітеліоцитів (циліндричний, мерехтливий епітелій) було притаманне бранхіогенним кістам, що виявлено в 65 випадках (41,1%).

Для пунктатів із епідермоїдних кіст була характерна наявність в цитограмах великої кількості клітин плоского епітелію, присутність кератину та кристалів холестерину, які були виявлені в 49 хворих (31%).

Присутність кристалів жирних кислот, рогової маси, мноморфних клітин залозистого епітелію притаманні дермоїдним кістам, і така картина встановлена при цитологічному дослідженні 39 пунктатів (24,7%).

В цитограмах 5 пунктатів кіст слинних залоз (3,2%) виявлені сплюснені клітини залозистого епітелію. Підтвердженням тому слугував і позитивний результат на присутність α -амілази у вмісті пунктату.

За загальноприйнятими класичними правилами, весь операційний матеріал підлягав гістологічному дослідженню, що дозволило нам на підставі чітких морфологічних характеристик встановити особливості будови, які притаманні тільки певній нозологічній формі кістозних утворень.

В 57 випадках (36,1%) внутрішня епітеліальна поверхня кіст була нерівною, утворювала численні гребінці, які глибоко вдавались у підлеглу тканину у вигляді виростів. Сам епітелій був представлений 9-12 рядами, а безпосередньо в гребінцях нараховувалося до 20-40 рядів плоских або циліндричних клітин. Поверхневий шар його практично не мав ознак ороговіння чи паракератозу і в значній мірі був представлений шипуватими або циліндричними клітинами. Спостерігалися явища дистрофії, переважно у ви-

гляді спонгіозу, з відшаруванням окремих клітин та їх пластів з утворенням значних порожнин по типу вакуолізації. На підставі цих морфологічних ознак можна стверджувати, що ці кісти відносяться до бранхіогенних, тобто мають лімфо-епітеліальне походження.

Аналіз структурної будови стінок 50 кіст (31,6%) показав, що внутрішня поверхня їх вистлана багатошаровим плоским неороговівачим епітелієм, який місцями був потоншений до 5-10 шарів та мав ознаки паракератозу. Часто спостерігалися прояви дистрофії, явища спонгіозу із відшаруванням пластів епітелію. Субепітеліально прослідковувалися зони круглоклітинної інфільтрації, в якій клітини часто розміщувалися в ділянках набряку. По периферії розташовується щільна волокниста капсула, що являла собою власне стінку кісти. Вказана гістологічна будова характерна для кіст ектодермального походження.

Гістологічне дослідження препаратів стінки дермоїдної кісти (45 випадків – 28,5%) показало, що її внутрішню поверхню утворює неороговівачий, багаторядний епітелій, що складався з 3-4 рядів плоских паракератозних клітин, 5-8 шипуватих та 1-2 базальних, розміщених на добре вираженій базальній мембрані. Поверхневий шар був представлений шипуватими епітеліоцитами, спостерігалося відшарування їх, спонгіоз та вакуольна дистрофія. Епітелій утворював численні інвагінації. У субепітеліальних відділах виявлялися розширення ацинарних відділів залозистих структур, подібних до придатків шкіри. Вогнища круглоклітинної інфільтрації чергувалися з прошарками ущільненої сполучної тканини з вираженим сосочковим шаром, прослідковувалися добре розвинуті сальні залози, волосяні цибулини, що є типовою ознакою дермоїдних кіст. Структура капсули була представлена фіброзною сполучною тканиною.

При вивченні морфологічної архітекτονіки 6 біоптатів (3,8%) встановлено ознаки, притаманні кістам слинної залози. Епітеліальна вистилка була представлена багатошаровим, переважно плоским епітелієм, який складався з 1-2 рядів базальних клітин, 4-7 – шипуватих і 3-4 рядів плоских клітин з явищами паракератозу. При цьому епітелій утворював вирости й інвагінації – епітеліальні гребінці. Вогнища балонуючої дистрофії спостерігалися в шипуватому та плоскому шарах з ознаками спонгіозу серед базальних клітин. Субепітеліально прослідковувалась обширна зона круглоклітинної інфільтрації, що переходила в шар, утворений ацинусами залозистого епітелію, розділених сполучнотканними перетинками, серед яких виявляли маленькі осередки круглоклітинних скупчень. Встановлено ШИК-позитивну реакцію у всьому шарі епітеліального пласта. Саме ці диференційні ознаки характерні для кісти слинної залози.

Таблиця 1

Зміни нозологічних форм КБДШ на різних етапах діагностики

Тип кісти	При первинному зверненні		Після УЗД		Після цитологічного дослідження		Після гістологічного дослідження		Невідповідність клінічного діагнозу патогістологічному	
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
Бранхіогенна	89	56,3	68	43	65	41,1	57	36,1	32	20,2
Дермоїдна	41	26	47	29,8	39	24,7	45	28,5	4	2,5
Епідермоїдна	20	12,7	36	22,8	49	31	50	31,6	30	18,9
Слинної залози	8	5	7	4,4	5	3,2	6	3,8	2	1,2
Всього	158	100	158	100	158	100	158	100	68	42,8

Співставлення результатів верифікації з діагнозом, який встановлено за поліклінічних умов при первинному обстеженні, дозволило встановити, що їх невідповідність при бранхіогенних кістах складає 20,2%, дермоїдних – 2,5%, епідермоїдних – 18,9% і при кістах слинних залоз 1,2% (Таб. 1).

Висновки

На підставі кропіткого динамічного порівняння результатів УЗД, які інколи досить схожі та мають однакові ознаки, нам вдалося, в певній мірі, розділити кісти бічної ділянки шиї на бранхіогенні, епідермоїдні, дермоїдні та кісти слинних залоз. Після вивчення клітинного складу пунктів встановлено, що показники цитогам зазнавали певних змін, що дозволило додатково конкретизувати вид кістозних утворень на даному етапі обстеження. На кінцевому етапі, після вивчення морфологічної структури кістозної стінки встановлено, що в 36,1% випадків це були бранхіогенні кісти, дермоїдні кісти виявлені в 28,5%, в 31,6% спостережень епідермоїдні та 3,8% припадало на кісти слинних залоз, що загалом в 42,8% випадків різнилося з показниками встановленого діагнозу при первинному зверненні за поліклінічних умов.

Перспективи подальших розробок

Проведення поетапного обстеження хворих з кістами бічної ділянки шиї сприяє оптимізації діагностики вже на догоспітальному етапі та, в деякій мірі, дозволяє визначитися з тактичним під-

ходом до ведення цих хворих на перспективу.

Література

1. Дьоміна К. Ю. Клініко-імуногістохімічна характеристика бічних кіст шиї : дис. канд. мед. наук : 14.01.22 - «Стоматологія» / Дьоміна К. Ю. - Полтава, 2007. - 160 с.
2. Кісти щелепно-лицевої ділянки (клініко-морфологічні аспекти) / [П.І. Ткаченко, І.І. Старченко, С.О. Білоконь, К.Ю. Резвіна]. - Полтава, 2013. - 103 с.
3. Маланчук В.О. Доброякісні пухлини та пухлиноподібні ураження щелепно-лицевої ділянки та шиї / В.О. Маланчук, А.В. Кончак. - Навчальний посібник. - К.: Логос, 2011. - Т. 1. - 669с.
4. Меркулов А.Б. Курс патогістологічної техніки / А.Б. Меркулов - Л.: Медицина, 1969. - 237с.
5. Ткаченко П.І. Про походження та морфологічні відмінності щито-язикової і зобно-глоткової проток як анатомічних утворень, що можуть стати джерелом розвитку кіст шиї / П.І. Ткаченко, І.І. Старченко, С.О. Білоконь - Вісник проблем біології і медицини. - 2014. - Вип. 2. Т. 2. - С. 179-182.
6. Ткаченко П.І. Серединні кісти та нориці / П.І. Ткаченко, І.І. Старченко, С.Щ. Білоконь, О. В. Гуржій. - СтоматологИнфо. - 2013. - №12. - С. 47-50.
7. Ткаченко П.І. Ембріологічні передумови виникнення кіст шиї / П.І. Ткаченко, І.І. Старченко, С. О. Білоконь, О. М. Черніков, О.О. Павлюков. - Інновації в стоматології. - 2014. - №3. - С. 177-178.
8. Ткаченко П.І. Доброякісні новоутворення м'яких тканин щелепно-лицевої ділянки та слинних залоз у дітей / П.І. Ткаченко, І.І. Старченко, С.О. Білоконь, О.В. Гуржій, Н.М. Лохматова. - Полтава, 2015. - 80с.
9. Ткаченко П.І. Алгоритм обстеження хворих з кістами бічної ділянки шиї / П.І. Ткаченко, К.Ю. Резвіна // Світ медицини та біології. - 2011. - №1. - С. 104-107.
10. Старченко І.І. Морфологічна характеристика щитозязикової і зобно-глоткової проток як можливих джерел розвитку кіст шиї / І.І. Старченко, С.О. Білоконь / Global scientific unity 2014 // The European scientific and practical congress vol. 2. - Prague (Czech republic), 2014. - С. 77-78.
11. Ahuja A.T. Second branchial cleft cysts: variability of sonographic appearances in adult cases / A.T. Ahuja, A.T. King, C. Metreveli // Am. J. Neuroradiol. - 2000. - Vol. 21. №2. - P. 315-319.
12. Charous D.D. Third branchial pouch cyst presenting as a lateral neck mass in an adult / D. D. Charous, M.T. Charous, J. R. Spiegel // Ear, Nose & Throat J. - 2006. - Vol. 85 (11). - P. 754-759.

Реферат

ИНФОРМАТИВНОСТЬ ДИАГНОСТИЧЕСКИХ МЕРОПРИЯТИЙ НА ЭТАПАХ ОБСЛЕДОВАНИЯ БОЛЬНЫХ С БОКОВЫМИ КИСТАМИ ШЕИ

Ткаченко П. И., Резвина К.Ю., Швец А. И., Костриков А.В.

Ключевые слова: кисты шеи, дермоидные, эпидермоидные, боковые, эктопированные слюнные железы, поэтапное обследование, диагностика.

В клинической практике хирурга-стоматолога довольно часто встречаются кисты боковой поверхности шеи, что составляет 25% от всех кист мягких тканей челюстно-лицевой области. Трудности на этапах диагностики, высокий показатель рецидивов и послеоперационных осложнений при лечении кист боковой поверхности шеи достаточно тесно связаны с особенностями их топографо-анатомической локализации. Осложняется эта ситуация еще и за счет отсутствия четко спланированных диагностических мероприятий на этапах обследования, что нередко приводит к выявлению заболевания только при его выраженных клинических проявлениях. Поэтому с целью повышения эффективности хирургической помощи пациентам с данной патологией важное место уделяется применению современных методов диагностики на всех этапах клинического обследования для создания возможности дифференцировать кисты между собой с целью дальнейшего определения информативности тактических мероприятий. Целью работы было обобщение собственных клинических наблюдений с привлечением дополнительных и специальных методов обследования, ретроспективного анализа архивного материала, изложенного в тематических историях болезни пациентов, находившихся на стационарном лечении в отделении челюстно-лицевой хирургии Полтавской областной клиниче-

ской больницы им. М.В. Склифосовского с 2007 по 2017 годы. Поэтапное обследование 158 больных с боковыми кистами шеи позволило установить, что информативность пункционной биопсии и морфологических исследований существенно различаются при их различных нозологических формах. Сравнение диагноза, установленного при обследовании в поликлинических условиях, с результатами изучения гистологической структуры всех кистозных образований позволил установить, что несоответствие между ними составляет 42,8%, что формирует определенную настороженность и требует дальнейшего расширения применения спектра специальных методов исследований на догоспитальном этапе с целью более объективной оценки клинической ситуации в каждом конкретном случае.

Summary

VALUE OF DIAGNOSTIC MEASURES AT STAGES OF EXAMINING PATIENTS WITH LATERAL NECK CYSTS

Tkachenko P.I., Rezvina K.Yu., Shvets A. I., Kostrikov A.V.

Key words: neck cysts, dermoid, epidermoid, lateral, extrusive salivary glands, phased examination, diagnostics.

In the clinical practice of oral surgeons, cysts of the lateral surface of the neck are quite often detected that makes up 25% of all cysts of the soft tissues within the maxillofacial region. Difficulties during their diagnosis, a high rate of relapses and postoperative complications in the treatment of cysts of the lateral surface of the neck are closely related to the peculiarities of their topographic and anatomical localization. This situation becomes more complicated due to the lack of well-planned diagnostic measures at the survey stages that often leads to the detection of the disease only in case of its pronounced clinical manifestations. Therefore, in order to improve the effectiveness of surgical care for patients with this pathology, an important place is given to the use of modern diagnostic methods through all the stages of the clinical examination to create the possibility to identify the cysts in order to choose the proper tactical measures and build up a treatment plan. The aim of this work was to summarize our own clinical experience and observations by using additional and special survey methods, retrospective analysis of archival material described in the case histories of patients who took the treatment at the Maxillofacial Surgery Inpatient Department of M.V. Sklifosovsky Poltava Regional Clinical Hospital for 2007 to 2017. A phased examination of 158 patients with the lateral cysts of the neck made it possible to establish that the value of puncture biopsy and morphological studies differ significantly in their various nosological forms. Comparison of the diagnoses made during the initial examination and the results of studying histological structures of all cystic formations allowed us to conclude that the discrepancy between them made up 42.8% that causes alarm and requires more sophisticated application of the spectrum of special investigation methods at the pre-hospital stage in order to care more objective assessment of the clinical picture in each case.

УДК 616.314:616.716.1/.4]-007-053.2:371.72.018.32

Фур М.Б.

ФІЗИЧНИЙ РОЗВИТОК ДІТЕЙ ІЗ ЗУБОЩЕЛЕПНИМИ АНОМАЛІЯМИ З ШКІЛ-ІНТЕРНАТІВ

Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького, м. Львів

Метою даної роботи стала оцінка зв'язку між фізичним розвитком та зубощелепними аномаліями у дітей шкіл-інтернатів. Представлені результати обстеження та проаналізовані показники фізичного розвитку у 528 дітей 7, 9, 12, 15 років зі шкіл-інтернатів (основна група) та 122 дітей одноліток загальноосвітньої школи (контрольна група). Виявлено достовірно нижчі показники фізичного розвитку, а саме зросту та маси тіла у дітей з шкіл-інтернатів, що свідчить про певне відхилення у фізичному розвитку дітей шкіл-інтернатів відносно відповідних показників у дітей із загальноосвітніх шкіл. Встановлено, що у дітей шкіл-інтернатів без зубощелепних аномалій зріст та маса тіла також є вищими у порівнянні з їх однолітками з ортодонтично патологією. Аналіз показників індексу маси тіла не виявив значних відхилень від норми, але, загалом, діти з загальноосвітніх шкіл та діти шкіл-інтернатів без ЗЩА також мали вищі, а отже кращі значення індексу.

Ключові слова: зріст, маса тіла, фізичний розвиток, зубощелепні аномалії, поширеність, діти шкіл-інтернатів.

Дана робота є фрагментом НДР «Обґрунтування профілактики основних стоматологічних захворювань у дітей із зубощелепними аномаліями з шкіл-інтернатів», № державної реєстрації 0110U002147, шифр: ІН 30.00.004.10

Вступ

Одними із найважливіших параметрів здоров'я організму дитини та адекватним індикатором соціального благополуччя, на думку багатьох авторів [2;3;4], є показники фізичного розвитку дитини. Дія на організм дитини, в той чи інший період його формування та росту, неспри-

ятливих чинників може спричинити або поглибити формування стоматологічної патології, зокрема ортодонтичної [5]. Тому вивчення зв'язку між фізичним розвитком та станом зубощелепної системи у дітей інтернатних закладів є актуальним завданням.