

травми, зовнішньої кровотечі, зупинки кровообігу і дихання, коми, набряку гортані, набряку Квінке, непритомності, переохолодження, утоплення, шоків. Наказом Міністерства охорони здоров'я України від 15 січня 2014 року № 34 затверджені найновіші уніфіковані клінічні протоколи екстреної медичної допомоги. Відповідно до ОКХ лікаря-стоматолога, в цей список увійшли: утоплення, гіпертонічний криз, шок гіповолемічний, гостра дихальна недостатність, гострі отруєння, носова кровотеча, обструкція дихальних шляхів, раптова серцева смерть, странгуляційна асфіксія. Інші невідкладні стани стосуються протоколів, затверджених наказом МОЗ України від 17.01.2005 р. № 24.

Аналізуючи зміст протоколів та технологію їх реалізації, можна зробити висновок, що стоматологічний кабінет повинен бути оснащений практично як карета екстреної медичної допомоги за винятком засобів для надання допомоги при травмах. Однак фактично при виникненні в пацієнта невідкладного стану лікар-стоматолог виконує тільки частину протоколу з медицини невідкладних станів до прибуття реанімаційної команди або виїзної бригади екстреної медичної допомоги. В такій ситуації мета лікаря-стоматолога полягає в підтриманні життєдіяльності пацієнта до прибуття відповідних фахівців. Все це вимагає перегляду протоколів для лікарів-стоматологів з метою визначення їх реальних для виконання компонентів. Наприклад, у протоколи

раптової затримки кровообігу для лікаря-стоматолога на амбулаторному прийомі поки що недоступним є автоматичний зовнішній дефібрилятор, кисень з подачею 12–15 л за хвилину, проте можна цілком адекватно поставити діагноз раптової затримки кровообігу, викликати реанімаційну бригаду, натискати на грудну клітку, забезпечити прохідність дихальних шляхів (поставити ларингеальну маску), вентилувати мішком АМБУ, забезпечити внутрішньовенний доступ і болюсно вводити адреналін з інтервалом 3–5 хв до прибуття реаніматорів.

Що стосується підготовки лікаря-стоматолога з медицини невідкладних станів, головною метою є формування вмінь і навичок шляхом індивідуального виконання завдань у змодельованій ситуації невідкладного стану. Завдання студента чи групи студентів полягає у виконанні в реальному часі стандартного алгоритму організаційних і діагностичних дій, визначенні симптомів, їх аналізу і узагальнення, констатація наявності невідкладного стану та застосування відповідного протоколу, за яким слід надати екстрену медичну допомогу. При цьому кожен студент навчальної групи повинен відпрацювати сценарій того чи іншого невідкладного стану, передбаченого планом заняття, або самостійно, або у групі (лідер, учасник). Сценарії повинні включати невідкладні стани, які можуть виникнути у практичній діяльності лікаря-стоматолога.

УДК 611:314.033

© А. Б. Воробець, П. А. Гасюк, С. О. Росоловська

ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет імені І. Я. Горбачевського»

Аспекти розвитку каріозного процесу в фісурах і ямках великих кутніх зубів у гендерному аспекті

Проблема ефективної профілактики карієсу є актуальною у зв'язку із значною поширеністю цього захворювання серед населення. Даному захворюванню передують певні прекаріозні процеси. Метою роботи було встановити особливості пе-

ребігу прекаріозних процесів у фісурах та ямках залежно від одонтогліфічного малюнку великих кутніх зубів у гендерному аспекті. Проводилось обстеження студентів II–V курсів з метою визначення найбільш типового одонтогліфічного ма-

люнку, характерного для великих кутніх зубів у осіб чоловічої та жіночої статі. Виготовлялись товсті й тонкі шліфи зубів для виявлення змін твердих тканин при прекаріозних процесах. Як показують результати досліджень, найбільш типовими як для чоловіків, так і для жінок є «+5», «+4», «Y-5», «Y-4» одонтогліфічний малюнок великих кутніх зубів верхньої і нижньої щелеп. Встановлено, що при «+4» малюнку емаль, що оточує ямку, складається переважно з поздовжніх пара- та діазон завдяки вертикальному ходу пучків емалевих призм. Разом з тим, при «+5» малюнку між окремими ямками існують горизонтальні пара- та діазони завдяки косому ходу пучків емалевих призм.

Завдяки наявності у великих кутніх зубах латерального гребеня тригона при «Y»-малюнку відбувається зміщення ходу однієї або двох ямок. За рахунок цього змінюється хід пучків емалевих призм, що в поляризаційному світлі утворюють різнозabarвлені пара- та діазони. Прекаріозні процеси у фісурах та ямках, що супроводжуються деструктивними руйнуваннями кутикули, демінералізація пучків емалевих призм, ураження дентинних каналців та адаптаційними (контрастування ліній Гунтера-Шрегера, ліній Ретціуса з гіперплазією сітчастого шару, внутрішніх пара- та діазон) процесами в емалі, мають прямий зв'язок із будовою ямок при різних одонтогліфічних малюнках.

УДК 616.314.17-008.1-085.242

© В. Р. Мачоган, Т. І. Дзецюх

ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет імені І. Я. Горбачевського»

Ефективність синбіотика «Бактулін» у комплексі лікування хворих на генералізований пародонтит

Задля об'єктивної оцінки ефективності синбіотика «Бактулін» в комплексному лікуванні генералізованого пародонтиту був проведений рівномірний випадковий розподіл хворих на групи спостережень з урахуванням ступеня розвитку генералізованого пародонтиту. У хворих основної групи і в групі порівняння пародонтит І та ІІ ступенів зустрічався у 80,33 і 80,95 % випадків відповідно. Решту випадків (1/5 хворих) у кожній групі склав ІІІ ступінь пародонтиту. Відміни між відсотковими показниками були недостовірними, тобто за ступенем розвитку пародонтиту групи були сформовані однорідними.

Пацієнтам контрольної групи проводили традиційне лікування за показаннями, а пацієнтам основної групи додатково місцево застосовували суспензію препарату «Бактулін» у вигляді аплікацій на ясна. За наявності пародонтальних кишень суспензія «Бактулін» вводилася безпосередньо у кишені. Для збільшення тривалості контакту тканин пародонта з суспензією

«Бактулін» ми використали методику нанесення цього препарату в екстемпорально виготовлену зубну капу з силіконового відбиткового матеріалу. Процедура проводилася пацієнтам з ІІ та ІІІ ступенями тяжкості пародонтиту 3-4-разово після проведення професійного чищення зубів та усунення етіологічних факторів. Окрім того, перорально призначали бактулін по 2 таблетки 3 рази в день з рекомендацією тримати таблетки в роті до повного розсмоктування.

Клінічне обстеження стану тканин пародонта хворих кожної групи спостереження проводили до лікування, після завершення курсу лікування та через 6 місяців після лікування. В осіб основної групи на 2-3 доби визначалося зниження ознак запалення ясен у 50 пролікованих (81,97 %). В контрольній групі хворих зменшення ознак запалення відбулося на 4-6 доби в 49 хворих (77,78 %), тобто включення синбіотика в схему лікування зменшувало дисбіотичні явища, які присутні при пародонтиті,