

тичної маніпуляції тощо, якому передую одержання пацієнтом від лікаря повної, об'єктивної та обґрунтованої інформації з приводу майбутнього лікування з обов'язковим інформуванням про можливі негативні чи побічні наслідки, а також про можливі альтернативні способи лікування. Необхідність інформування пацієнта про медичне втручання регламентується також Цивільним кодексом України та Законом про захист прав споживачів України.

Оскільки основним державним регулятором правовідносин у медицині є Міністерство охорони здоров'я України, то регуляторні акти міністерства відіграють важливу роль у регламентації надання також і стоматологічної допомоги. Так, із метою уніфікації вимог до обсягу та якості стоматологічної допомоги наказом МОЗ України від 22. 11. 2000 р. № 305 затверджено «Критерії медико-економічної оцінки надання стоматологічної допомоги на I, II та III рівнях». Ці критерії є основою визначення обсягу й характеру стоматологічної допомоги, що надається, необхідного лікування, визначення матеріальних, трудових та інших витрат при наданні медичної стоматологічної допомоги.

Ще одним важливим наказом є наказ МОЗ України "Про затвердження Протоколів надання медичної допомоги за спеціальностями "ортопедична стоматологія", "терапевтична стоматологія", "хірургічна стоматологія", "ортодонтія", "дитяча терапевтична стоматологія", "дитяча хірургічна стоматологія" " від 23. 11. 2004 р. , № 566. Цим наказом визначено протоколи надання стоматологічної допомоги, зокрема в терапевтичній стоматології.

Отже, лікар-стоматолог у наданні медичної допомоги та стоматологічних послуг пацієнтам мусить дотримуватися певних обов'язкових норм і правил, які визначені чинним законодавством України. Робота лікаря-стоматолога в межах нормативно-правового регулювання дозволить підвищити рівень надання медичної допомоги та її якість, а також сприятиме зниженню конфліктності відносин між лікарем та пацієнтом.

Льченко В. І. , Вітко Ю. М.

ЗМІНИ СЛИЗОВОЇ ОБОЛОНКИ ПОРОЖНИНИ РОТА ПРИ ДЕЯКИХ ЕКЗАНТЕМАТОЗНИХ ІНФЕКЦІЯХ

ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія», м. Полтава

Екзантематозні інфекції - це хвороби вірусної чи бактеріальної етіології, перебіг яких пов'язаний з ураженнями на шкірі. Але більшість із них мають прояви і на слизовій оболонці порожнини рота. До цих хвороб належать вітряна віспа, кір, краснуха, скарлатина, герпетичні ураження.

Останнім часом збільшилася кількість дорослих людей, які хворіють на так звані «дитячі інфекції» (до 15% людей віком понад 18 років). Також зустрічаються випадки повторного зараження. Важливо

пам'ятати, що в продромальний та початковий періоди з'являються ранні симптоми в порожнині рота, які є важливими діагностичними ознаками. У цей час можуть загострюватися хвороби зубів та тканин пародонта, що приводить хворих до лікаря-стоматолога. Ступінь тяжкості уражень СОПР при інфекційних хворобах залежить від вірулентності збудника та стану макроорганізму (імунної й ендокринної систем, місцевого імунітету порожнини рота). Дорослі хворіють, як правило, тяжче, одужують повільніше, а ризик ускладнень у них набагато вищий.

Інфекційна патологія найпоширеніша у світі. Вважають, що навіть у високорозвинутих країнах частка істинної інфекційної захворюваності в десятки разів перевищує офіційні дані.

Наше завдання - своєчасно розпізнати ці хвороби, надати адекватну допомогу хворому та провести раціональні профілактичні заходи спільно з лікарем-інфекціоністом.

Ільчишин М. П.

ВПЛИВ ТЮТЮНОПАЛІННЯ НА ТКАНИНИ ПАРОДОНТА

Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького

Проблема тютюнопаління залишається на сьогодні однією з найважливіших у охороні здоров'я через значну поширеність та шкідливий вплив на здоров'я людини. З тютюнопалінням пов'язують суттєве підвищення ризику низки захворювань органів і тканин порожнини рота, перш за все захворювань пародонта й онкологічних захворювань порожнини рота. Крім того, курці частіше мають такі проблемами як галітоз, утворення специфічних щільних коричневих відкладень на зубах і під'ясенного зубного каменю, сухість порожнини рота та зміни смаку. Але попри це в суспільстві не спостерігається тенденції до зменшення кількості курців, а навпаки – їх кількість збільшується.

Метою даного дослідження було вивчення взаємозв'язку тютюнопаління та його впливу на тканини пародонта.

Спостерігали 120 пацієнтів, серед яких курців - 100 осіб чоловічої та жіночої статей (до 17 років – 28%; 18-29 р. – 35%; 30-39 р. – 17%; 40-49 р. – 14%; 50-59 р. – 6%); група порівняння становила 20 осіб, які не курять. Серед оглянутих - 70 хворих на генералізований пародонтит I ступеня тяжкості та 30 хворих на хронічний катаральний гінгівіт.

Усіх пацієнтів обстежували за стандартною схемою, включаючи клінічні та рентгенологічні методи дослідження. У ролі клінічних симптомів оцінювали такі як біль, набряк, гіперемія, кровоточивість, виділення гною, свербіж, дискомфорт, рухомість зубів, неприємний запах із порожнини рота. Оцінювали індекси гігієни – Федорова-Володкіної та CPITN.

Зі 100 обстежених пацієнтів у 58% чоловіків і 57% жінок гігієнічний індекс був незадовільним, коливався

в межах 2, 1-2, 5 бала. У хворих на генералізований пародонтит та гінгівіт на тлі незадовільної гігієни порожнини рота при тютюнопалінні виявлені глибокі зміни, тому припускаємо перебудову мікрофлори навколо зубних тканин, що проявляється у формуванні вірулентних форм мікроорганізмів і підтверджується даними індексної оцінки тканин пародонта. На клінічному обстеженні нами встановлено, що показники змінюються від ступеня тяжкості, віку пацієнта та стажу тютюнопаління. Для 24% чоловіків і 43% обстежених жінок-курців характерні прояви хронічного катарального гінгівіту, а у 24% чоловіків і 10% жінок після проведеної індексної оцінки стану тканин пародонта CRITN (3, 82±0, 12) та рентгенологічних досліджень установлений діагноз генералізованого пародонту I ступеня. Ураження пародонтального комплексу при тютюнопалінні зумовлене впливом нікотину на судинне русло: збільшення агрегації тромбоцитів, що обумовлено підвищенням, утворенням тромбоксану в тромбоцитах. Нікотин впливає на синтез простагліну, а також спричиняє мікроциркуляторні розлади.

Висновок. Отримані результати вказують на те, що динаміка захворювань тканин пародонта під впливом тютюнопаління зростає з віком та стажем незалежно від статі. У курців із незадовільною гігієною порожнини рота захворювання тканин пародонта виникають раніше, переходять у хронічну форму, а боротьба з ними не приносить результату доти, доки пацієнт продовжує курити.

**Каськова Л. Ф. , Солошенко Ю. І. , Амосова Л. І. ,
Абрамова О. Е. , Новікова С. Ч. , Хміль О. В.
ЛОКАЛІЗАЦІЯ КАРІОЗНИХ ПОРОЖНИН У ПЕРШИХ
ПОСТІЙНИХ МОЛЯРАХ ПРОТЯГОМ ПЕРШИХ
ТРЬОХ РОКІВ ПІСЛЯ ЇХ ПРОРІЗУВАННЯ**

ВДНЗУ „Українська медична стоматологічна академія”, м. Полтава.

Найчастіше серед постійних зубів уражуються перші моляри. Одразу після прорізування каріозні порожнини в 100% випадків локалізуються на жувальних поверхнях, що пов'язано зі складністю їх анатомічної будови, недостатньою зрілістю емалі, накопиченням у фісурах та ямках нальоту. В перші роки після прорізування молярів також спостерігається ураження сліпих ямок вестибулярних поверхонь цих зубів. Але в літературі є поодинокі дані про частоту ураження різних поверхонь молярів.

Метою нашого дослідження стало вивчення динаміки виникнення карієсу на вестибулярних і жувальних поверхнях перших постійних молярів у дітей.

Методи та результати дослідження. Нами було обстежено 743 інтактні перші постійні моляри в 233 дітей віком 6 років. Динаміку виникнення карієсу на вестибулярних і жувальних поверхнях 743 молярів вивчали протягом 2-х років і 514 молярів із числа спостережених протягом 3-х років дослідження. Огляди проводили через 6, 12, 24 та 36 місяців.

Через 6 місяців спостереження поширеність карієсу жувальних поверхонь нижніх молярів становила 2, 59%, жувальних поверхонь верхніх молярів – 1, 01%. Ураження вестибулярних поверхонь нижніх молярів виявлено не було. Приріст карієсу на жувальних поверхнях верхніх молярів за цей період становив 1, 01% поверхонь, на жувальних поверхнях нижніх молярів – 2, 59% поверхонь.

Через 12 місяців спостереження поширеність карієсу жувальних поверхонь нижніх і верхніх молярів становила відповідно 8, 36% і 5, 05%, вестибулярних поверхонь нижніх молярів – 0, 58%. За перший рік спостереження приріст карієсу на жувальних поверхнях нижніх молярів становив 8, 36%, на жувальних поверхнях верхніх молярів – 5, 05%, на вестибулярних поверхнях нижніх молярів – 0, 58%.

Через 24 міс. спостереження поширеність карієсу жувальних поверхонь нижніх і верхніх молярів, а також вестибулярних поверхонь нижніх молярів становила відповідно 17% і 9, 09% та 2, 88%. Приріст карієсу на жувальних поверхнях верхніх молярів за цей період становив 4, 04% поверхонь, на жувальних поверхнях нижніх молярів – 8, 64% поверхонь, на вестибулярних поверхнях нижніх молярів – 2, 3%.

Через 36 міс. спостереження поширеність карієсу жувальних поверхонь нижніх і верхніх молярів, а також вестибулярних поверхонь нижніх молярів значно збільшилась і становила відповідно 23, 58%, 14, 93% та 8, 54%. За третій рік спостереження приріст карієсу на жувальних поверхнях нижніх молярів становив 4, 07% поверхонь, на жувальних поверхнях верхніх молярів – 3, 36% поверхонь, на вестибулярних поверхнях нижніх молярів – 4, 47% поверхонь.

Висновки. Ми встановили, що в 6-річному віці карієсом уражалися тільки жувальні поверхні постійних молярів, а приріст карієсу цих поверхонь був найвищим у перші 2 роки спостереження, протягом 3-го року цей процес уповільнюється. Вестибулярні поверхні нижніх молярів уражалися у 7-річному віці дітей (через 1 рік після прорізування), а приріст карієсу на цих поверхнях збільшувався протягом другого і третього років, досягаючи максимальних значень через 36 місяців спостереження.

Отримані дані необхідно враховувати в проведенні профілактичних заходів у перших постійних молярах у дітей.

**Кананович Т. Н.
ЭФФЕКТИВНОСТЬ ИНДИВИДУАЛЬНОЙ
ГИГИЕНЫ ПОЛОСТИ РТА В ПРОФИЛАКТИКЕ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПАРОДОНТА У ПОЖИЛЫХ ЛЮДЕЙ**

Национальный медицинский университет
им. А. А. Богомольца

Высокая распространенность заболеваний тканей пародонта, достигающая 97% у лиц старших возрастных групп, свидетельствует об актуальности данного вопроса.