

При порівнянні середніх значень РАІ у різні терміни від початку місцевого лікування ХГП постійних зубів у дітей обох підгруп, були виявлені суттєві відмінності.

Так, через 3 місяці місцевої терапії середнє значення РАІ було меншим в основній підгрупі на 13,82 % ($p < 0,05$). Виявлено статистично достовірну різницю показників і в наступні терміни дослідження, а саме: через 6 місяців дані в основній підгрупі були ліпшими в 1,55 рази ($p < 0,001$), а через 9 місяців – в 1,73 рази ($p < 0,01$).

У результаті проведеного місцевого лікування ХГП постійних зубів у дітей за допомогою запропонованого нами способу зафіксовано значно ліпші рентгенологічні показники, на що вказують середні значення РАІ, визначені в різні терміни місцевого лікування.

Таким чином, поступове відновлення дефекту кісткової тканини відбувається за обох варіантів місцевого лікування, але застосування запропонованого нами способу сприяло переконливо швидшій регенерації кісткової тканини і завершенню формування тканин кореня та періодонта постійного зуба.

Отже, запропоноване місцеве лікування сприяло відновленню кісткової тканини періодонту у дітей: рентгенологічно виявлялося переконливе і поступове зниження РАІ – в 1,17; 1,54 і 1,72 рази через 3, 6 і 9 місяців від початку місцевого лікування відповідно ($p < 0,001$). Середня тривалість тимчасової obturaції кореневих каналів лікувальною пастою склала $8,8 \pm 0,40$ місяців.



УДК 612-092.6+591.51:616.31-053.2/.6

О. І. Лебедєва, М. М. Велеган, В.В. Горзов

ДВНЗ «Ужгородський національний університет»

ДОСЛІДЖЕННЯ І КОРЕКЦІЯ ПСИХОЕМОЦІЙНОГО СТАНУ ДІТЕЙ СТАРШОГО ДОШКІЛЬНОГО ВІКУ 3-6 РОКІВ М. УЖГОРОД ТА УЖГОРОДСЬКОГО РАЙОНУ З МЕТОЮ СТВОРЕННЯ УМОВ ЕФЕКТИВНОГО СТОМАТОЛОГІЧНОГО ПРИЙОМУ

Актуальність. Діти – це наше майбутнє, тому основною метою лікаря-стоматолога є не лише курація, а й створення умов, у яких маленький пацієнт не буде боятися і стане хорошим партнером; діти, особливо ті, що є первинними пацієнтами, можуть боятися і лякатися шуму, запаху, вигляду кабінету, тому важливо вивчити психо-емоційний стан дитини з метою полегшення майбутнього прийому; наркоз не є ідеальним виходом, тому максимальна диференціація дозволить зменшити відсоток пацієнтів, що вважаються «неможливими» для класичного прийому.

Об'єкт. пацієнти віком 3-6 років.

Мета. удосконалити систему диференціації дітей, яких санують під седацією чи наркозом; створити умови для максимально швидкого знаходження контакту між лікарем та пацієнтом; зменшити поширеність дентофобії; створити методіку тестування дітей, а при потребі систему вправ з ними, щоб вивчити їх психо-емоційний стан і коригувати його.

Завдання. сформувати єдину систему тестування дітей з метою швидкого та ефективного визначення їх психоемоційного стану; розробити вправи для умовно неконтактних дітей з метою комунікації з ними і створенні умов ефективного прийому; створення методичних прийомів, що дозволять у найкоротший термін знайти контакт з пацієнтами старшого дошкільного віку.

Матеріали і методи дослідження. ілюстровані, усні та інтерактивні психологічні тести, педагогічні вправи.

Результати дослідження та їх обговорення. На базі декількох ДДНЗ було проведено профілактичний огляд з дозволу батьків понад двох сотень дітей з метою виділення серед них тих, що мають дентофобію. Після цього було виділено 54 дитини, що становить 26% серед усіх оглянутих, які вважалися потенційно неконтактними. Пізніше з даними досліджуваними було проведено ілюстроване, усне та інтерактивне тестування з метою визначення рівня їх тривожності. Виявлено 31 дитину, стан якої вважався неможливим для ефективного прийому. З даними потенційними пацієнтами було проведено педагогічні вправи з метою корекції психо-емоційного стану. Після психологічне тестування проведено повторно, у ході якого виявлено, що серед потенційно неконтактних дітей кількість тих,

які не підходили для класичного прийому – зменшилась до 10 дітей, що безумовно свідчить як про ефективність методики дослідження рівня тривожності, так і про методи корекції цього стану.

Висновок. Дана методика проведення психологічного тестування і корекції рівня тривожності є ефективною і дозволяє зменшити кількість дітей, що мають прямі покази до лікування під седациєю або наркозом.



УДК 519.51+616.31-053.2/.6

В. С. Мельник, С. В. Мельник, В. В. Горзов, Е. А. Шулинець, Н. М. Пришляк

ДВНЗ «Ужгородський національний університет»

ВИКОРИСТАННЯ ПСИХОЛОГІЧНОГО ТЕСТУ «ЛЮШЕРА» У ПРАКТИЧНІЙ ДІЯЛЬНОСТІ ДИТЯЧОГО ЛІКАРЯ-СТОМАТОЛОГА

Актуальність. Робота дитячого лікаря-стоматолога пов'язана з психофізіологічними особливостями пацієнтів дитячого віку, поведінка яких впливає на процес лікування.

Визначення емоційних станів дитини є важливим моментом для надання коректної стоматологічної допомоги дітям старшого дошкільного віку.

Мета. З метою покращання якості надання стоматологічної допомоги дітям старшого дошкільного віку (4-6 років) ми використовували інтерпретований метод психологічного тесту «Люшера» для:

- дослідження емоційних установок дитини по відношенню до майбутніх стоматологічних втручань
- дослідження рівня комфортності дитини в стоматологічному кабінеті безпосередньо перед прийомом лікаря.
- виявлення осіб схильних до депресивних станів і афектних реакцій.

Виклад основного матеріалу. Для виконання дослідження був використаний кольоровий тест Люшера, який включає в себе 8 кольорів. Було проведено тестування 127 дітей старшого дошкільного віку (4-6 років) які навчаються в дошкільних навчальних закладах м. Ужгорода та Ужгородського району.

Кожній досліджуваній дитині потрібно було обрати з восьми кольорів той, який найбільше подобається. При цьому потрібно пояснити, що він повинен вибрати колір не намагаючись співвіднести його з улюбленим кольором в одязі, кольором очей і т. д. Картку з вибраним кольором слід відкласти в сторону, перевернувши кольоровою стороною вниз. Потім треба обрати з решти семи кольорів найбільш приємний. Обрану картку слід покласти кольоровою стороною вниз праворуч від першої. І так до кінця

Через 2-3 хв. знову процедуру слід повторити. При цьому варто пояснити, що досліджуваний не повинен згадувати порядок розкладки у першому виборі і свідомо змінювати попередній порядок. Він повинен вибирати кольори, як ніби вперше.

Перший вибір в тесті Люшера характеризує бажаний стан, другий – дійсний.

Всі кольори Макс Люшер поділив на основні і додаткові.

Результати Нами було протестовано 127 дітей, у віці 4-6 років, що навчаються на базі дитячих дошкільних навчальних закладів м. Ужгорода та Ужгородського району.

Згідно результатів аналізу бажаним психо-емоційним станом дитини найбільша кількість дітей (32) приймають рішення самостійно та активно приймають участь у лікувальному процесі. Найменша кількість дітей (9) мають сприятливу залежність від середовища і суб'єктивної спрямованості і автономності.

Висновки. На сьогоднішній день тест Люшера входить до трійки найбільш точних психологічних тестів, його застосовують психологи, практикуючі лікарі-психотерапевти та значною мірою його можна використовувати в практиці дитячого лікаря-стоматолога, для виявлення емоційного напруження та психологічного стану дитини щодо майбутніх стоматологічних втручань, та можливість своєчасно скорегувати поведінку дитини для успішного її лікування.

