

УДК 616.31-083

## ОСНОВНІ НАПРЯМКИ ДИСПАНСЕРІЗАЦІЇ І ПРОФІЛАКТИКИ ПІД ЧАС САНАЦІЇ ПОРОЖНИНИ РОТА У ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ МОЛОДОГО ПОПОВНЕННЯ

**А.М. Лихота**, полковник медичної служби, кандидат медичних наук, доцент, начальник кафедри щелепно-лицьової хірургії і стоматології Української військово-медичної академії  
**В.П. Бродюк**, підполковник медичної служби, начальник стоматологічного відділення військової частини А - 1631

**Т.Ф. Лихота**, кандидат медичних наук, доцент, доцент кафедри щелепно-лицьової хірургії і стоматології Української військово-медичної академії

**Резюме.** В роботі наведені дані санації порожнини рота військовослужбовців молодого поповнення. Проаналізовані результати профілактично-диспансерного методу оздоровлення ротової порожнини.

**Ключові слова:** диспансеризація, профілактика, санація порожнини рота, військовослужбовці, молоде поповнення.

**Вступ.** Військово-медична служба ЗС України зберегла потужний кадровий, науково-педагогічний та матеріально-технічний потенціал, який вносить ваговий внесок в загальнодержавну систему охорони здоров'я [2].

Стан здоров'я порожнини рота військовослужбовців молодого поповнення за даними Р.Х. Камалова [3] потребує профілактичної спрямованості, диспансерного підходу до оздоровлення порожнини рота.

А.Г. Крячко [5] вказує, що потреба в стоматологічній допомозі молодим новобранцям складає 80-90 %. Тому при проведенні профоглядів обов'язково треба формувати диспансерні групи, в залежності від диспансерної групи проводити певний об'єм лікувально-оздоровчих заходів, санітарно-гігієнічних і профілактичних заходів.

У 1998 році ВООЗ визначила європейські цілі стоматологічного здоров'я населення.

За даними ВООЗ до 2010 року інтенсивність карієсу повинна була знижена у 12-літніх дітей до 2. Не повинні були мати карієсу 80 % дітей і т.д. Однак ця програма не була виконана в зв'язку з цілим рядом різних причин, серед них об'єктивні економічні умови, відсутність достатньої уваги держави до проблем здоров'я молоді, низький рівень

фінансування системи охорони здоров'я, децентралізація стоматологічної допомоги, відсутність фінансування наукових досліджень в області розробки профілактичних програм [1].

Програма комплексної системи профілактики прийнята на Україні відповідає економічній ситуації в країні. Для виконання програми не потрібні додаткові штати стоматологів або спеціальний персонал.

Із численних методів профілактики в програму включені високоефективні методи, розроблені в різних регіонах країни, і розробки впроваджені інститутом стоматології АМН України.

Профілактичну роботу ми проводили згідно «Програми профілактики і лікування основних стоматологічних захворювань на 2002-2007 рр.», указ Президента України № 475/2002 від 21.05.2002 р. [11] і Наказів Міністерства Охорони Здоров'я України [7], Наказ Міністра Оборони України № 402 від 14.08.2008 р. [10].

Довгострокова мета, розрахована до 2010 року ставить стоматологічній службі завдання знизити інтенсивність карієсу до середньої інтенсивності (КПВ)- 3,6, збільшити кількість здорових сектантів парадонту на 0,5 одиниці, або домогтися стабілізації процесу.

У реалізації програми поряд з довгостроковими можуть бути поставлені короткострокові завдання, наприклад, відсоток охоплення профілактичними заходами- рівень гігієни за 6-8 місяців, що обов'язково буде впливати на довгострокову мету.

**Мета.** Метою нашої роботи явилось проведення диспансерно-профілактичного методу оздоровлення порожнини рота у військовослужбовців молодого поповнення.

**Матеріали та методи дослідження.** За основну групу обстежених ми взяли молоде поповнення військовослужбовців в/ч а0515 м. Києва. Під час профоглядів формували диспансерні групи, кратність лікувально-профілактичних мироприємств проводили в залежності від стану ротової порожнини. Визначали інтенсивність карієсу (КПВ), ТЕР-тест по Окушко, індекс РМА для визначення стану тканин пародонту.

**Результати дослідження та їх обговорення.** Всього нами оглянуто 393 особи, санація порожнини рота проведена у 294. Потреба в стоматологічній допомозі склала 74,8 % при середній інтенсивності карієсу 4,6. В залежності від стану зубів і захворювань тканин пародонту ми виділили 3 диспансерні групи, які обслуговували з кратністю не років, а місяців.

До першої групи віднесли 15 (5,1 %) пацієнтів з хронічним катаральним гінгівітом, 8 (6,1%) з інтенсивністю карієсу (КПВ)- 4.

До другої групи –віднесли 9 (3,0 %) осіб з генералізованим пародонтитом І ступеню, 12 (4,0 %) з інтенсивністю карієсу (КПВ)- 5.

До третьої групи віднесли 8 (2,7 %) осіб з гіпертрофічним і виразково-некротичним гінгівітом, 6 (2,0%) з нералізованим пародонтитом І ступеню з частими загостреннями і 8 (2,8 %) осіб- з множинним карієсом (КПВ) - 6 і більше. На диспансерних хворих крім амбулаторної карти заповнювали диспансерні картки, де відмічали строки визову на лікування і профілактичні мироприємства, динаміку і результати лікування.

Згідно Національної Програми профілактика базувалась на використанні

наступних методів: гігієни порожнини рота, ремінералізуючої терапії, застосуванні фторидів, раціонального харчування.

Серед основних методів лікування – це лікування гінгівітів і парадонтиту. Об'єм вимагав навчання гігієни порожнини рота, проведення професійної чистки зубів, зняття твердих і м'яких відкладень на зубах, ротові ванночки антисептиками, аплікації припаратами на основі хлоргексидину (метрогекс) та ін.

Метрогекс являє собою комбінований протимікробний препарат (метронідазол та хлоргексидин) для лікування і профілактики інфекційно-запальних захворювань порожнини рота. Механізм дії метронідазолу обумовлений біохімічним відновленням 5-нітрогрупи метронідазола внутріклітинними транспортними протеїнами анаеробних мікроорганізмів і простіших. Відновлена 5-нітрогрупа метронідазола взаємодіє з ДНК мікроорганізмів, пригнічуючи синтез нуклеїнових кислот, що приводить до загибелі бактерій.

При місцевому застосуванні можливо досягти вищої концентрації метронідазолу в тканинах ясен, на відміну від перорального застосування препаратів метронідазолу, що дозволяє мінімізувати ризик розвитку системних побічних ефектів.

У своїх дослідженнях ми намагались вивчити ефективність дії метрогексу для місцевої терапії хронічного катарального гінгівіту.

Дослідження проводилось на 62 пацієнтах з хронічним катаральним гінгівітом. Було створено 2 групи: 1- основна - 42 осіб і 2 - контрольна - 20 осіб. Усім військовослужбовцям проводили визначення пародонтального індексу РМА, який в середньому становив 55 % до лікування. В основній групі лікування проводили наступним чином: навчали і контролювали індивідуальну гігієну порожнини рота, проводили професійну чистку зубів, призначали полоскання розчином фурациліну (1:1000) і місцево наносили гель метрогекс на 5-7 хв. З послідуочим чищенням

зубною щіткою, а також рекомендували приймати аскорутин по 0,1 г двічі на добу.

В контрольній групі проводили ті ж заходи, крім використання гелю метрогекс, для чищення зубів вибирали фторвмісні пасти. Контроль за станом ясен і проведення визначення індексу РМА проводили через 7-10 діб. Результати індексу РМА в середньому становили у контрольній групі – 26 %, а у основній групі індекс РМА склав – 18 %.

Клінічно в основній групі спостерігалась відсутність набряку, практично зникла кровоточивість, ясна набули блідно-рожевого відтінку.

У контрольній групі набряк значно зменшився, зубні сосочки набули відтінку більш рожевого на відміну від ціанотичного.

Із отриманих даних можна зробити висновок, що лікування метрогексом призводить до зменшення запалення в яснах і його використання при лікуванні хронічного катарального гінгівіту є доцільним.

Санація порожнини рота включала пломбування каріозних порожнин, заміну неякісних пломб, лікування ускладнень карієсу, повторне лікування (перепломбування) неякісно запломбованих кореневих каналів, лікування гінгівітів і пародонтиту. В профілактичні заходи включали навчання і контроль гігієнічних засобів догляду за порожниною рота, ротові ванночки 3% розчину ремаденту і вибірково (за згодою військовослужбовців) метод глибокого фторування за А.Кнаппостом [4,6].

Глибоке фторування емалі і дентину проводиться послідовним нанесенням на тканини зубів слаболужного розчину фтористого сілката магнію і суспензії високодисперсної гідроокисі кальцію, в результаті такої обробки відбувається герметизація мікротріщин емалі і каналців дентину, як наслідок спонтанного випадіння в осадок високодисперсного фтористого кальцію і фтористого магнію. Субмікроскопічні кристали фтористого кальцію являються постійним джерелом фтор - іонів, які

забезпечують довготривалу ремінералізацію і ефективну герметизацію твердих тканин зубів. Лужна сполука фториду міді забезпечує захист тканин від патогенних мікробів.

Під час проведення планової санації і санації по звертанню ми виявляли фактори ризику демінералізації, визначили ТСР – тест (по В.Р. Окушко, 1984). При зниженні резистентності емалі і наявності початкового карієсу, призначали препарати для глибокого фторування емалі і дентину.

Всіх обстежених ми поділили на дві групи, перша – 86 осіб, друга – 29. В першій групі проводили санацію порожнини рота, гігієнічні засоби, глибоке фторування (препарати ЕГЛ і ДГЛ), ротові ванночки 3% розчином ремаденту. В другій групі – санацію порожнини рота, гігієнічні засоби, ротові ванночки 3% розчином реманенту. Глибоке фторування не проводили.

Аналіз результатів через 8 місяців показав, що в I групі приріст інтенсивності карієсу склав 2,7 одиниць, у II – 1,7, тобто зниження приросту можемо віднести за рахунок глибокого фторування тканин емалі і дентину.

Таким чином, з метою лікування початкового карієсу і низької резистентності твердих тканин зубів, глибоке фторування тканин можна віднести до ефективних методів лікування і профілактики карієсу.

Комплексне лікування карієсу і захворювань тканин пародонту диспансерних пацієнтів дало змогу за 8 місяців лікування перевести з третьої диспансерної групи в другу 8 осіб, з другої в першу – 6 осіб і 5 знято з диспансерного обліку.

### **Висновки**

Таким чином, проведення 3х-кратної санації порожнини рота у військовослужбовців, постійний контроль і виклик на лікування осіб з ризиком розвитку ускладнень дали змогу скоротити виникнення пульпіту і пародонтиту, розвитку погіршення стану тканин пародонту - тобто розвитку деструктивних змін в пародонті, підвищили рівень гігієни, рівень обізнаності ролі гігієни в розвитку захворювань порожнини рота.

**Література**

1. Борисова И.В. Гигиенические принципы применения лечебно-профилактических комплексов для профилактики заболеваний органов полости рта у лиц допризывного и призывного возраста / И.В.Борисова // Проблемы військової охорони здоров'я. Збір. наук. праць УВМА, К. - 2010.-вип. 27, с. 304-311.
2. Вовкодав М.М. Концептуальні підходи до визначення ролі і місця воєнної медицини як оборонної складової держави / М.М. Вовкодав // Сучасні аспекти військової медицини. Збір. наук. праць ГВКЦ МО України, К. -2004.-вип. № 9.-с. 3-8.
3. Камалов Р.Х. Частота уражень твердих тканин зуба і пародонтиту у молодого поповнення ЗС України // Військова медицина України 2001.- № 2, с. 148-152.
4. Кнапвост А. О роли системного и локального фторирования в профилактике кариеса. Метод глубокого фторирования / А. Кнапвост // Новое в стоматологии.- 2001.- № 2.- с. 39-42.
5. Крячко А.Г. Стан здоров'я ротової порожнини у військовослужбовців військово-морських Сил України / А.Г. Крячко // Військова медицина України.- 2007.- №7, №1.-с.- 23-25.
6. Лихота А.М. Прогнозування та профілактика ускладнень під час лікування зубощелепних аномалій незнімною ортодонтичною апаратурою / А.М. Лихота, К.М. Лихота // Військова медицина України.- 2009.- №1 том 9.- с. 20-25.
7. Методичне керівництво для стоматологів по впровадженню комплексної системи профілактики стоматологічних захворювань у дитячого населення України; Одеса.- 2006.- с. 43.
8. Наказ МОЗ України № 434 від 29.11.2002 «Про удосконалення амбулаторно-поліклінічної допомоги дітям в Україні».
9. Наказ МОЗ України № 465 від 12.12.2002 «Про удосконалення організації медичної допомоги дітям підлітково віку».
10. Наказ Міністра Оборони України № 402 від 14.08.2008 «Про затвердження Положення про військово-лікарську експертизу в Збройних Силах України».
11. Указ Президента України № 475/ 2002 від 21.05.2002 «Програма профілактики і лікування основних стоматологічних захворювань на 2002-2007 роки».

*Науковий рецензент кандидат медичних наук, доцент Цислюк В.П.*