виникнути парестезія ментального нерва. Як правило, наявність цього симптому свідчить про значні деструктивні зміни у періодонті. Важливе значення у діагностиці такої патології має рентгенологічне дослідження. Якщо планується проводити ендодонтичне лікування таких зубів, для профілактики важких ускладнньеь - особлива увага повинна бути звернена на топографічні особливості розташування ментального нерва.

Кіцак Т.С.

КЛІНІЧНА ХАРАКТЕРИСТИКА СТАНУ ТКАНИН ПАРОДОНТА В ДІТЕЙ, ХВОРИХ НА ДИФУЗНИЙ НЕТОКСИЧНИЙ ЗОБ

Кафедра стоматології дитячого віку
Буковинський державний медичний університет

Стоматологічна захворюваність дітей, не зважаючи на чисельні профілактичні заходи, залишається на сьогодні дуже високою. Патологія тканин пародонта посідає друге місце по частоті та поширеності після карієсу, тому є значною проблемою дитячої стоматології.

Метою нашого дослідження було встановити особливості клінічного перебігу хронічного катарального гінгівіту в дітей за умов ураження дифузним нетоксичним зобом (ДНЗ).

Встановлено, що ураження тканин пародонта в дітей, які страждають на ДНЗ, спостерігаються на 27,60 % частіше у віці 12 років та на 16,66 % – у віці 15 років, порівняно з соматично здоровими дітьми цього ж віку. У структурі захворювань домінує хронічний катаральний гінгівіт (ХКГ), поширеність якого коливається в межах 83,33-95,83 %. Середнє значення індексу РМА у дітей, хворих на ХКГ за умов ДНЗ віком 12 та 15 років склало відповідно 38,90±2,93 % та 41,42±2,68 %, що значно вище, аніж у групах порівняння – 22,70±2,21 % та 25,86±1,9 % ($p<0,05$), тобто у таких дітей домінує середній ступінь тяжкості захворювання. Відзначається посилення скарг та симптоматики запального процесу в яснах зі збільшенням віку дітей та ступеня тяжкості досліджуваної тиреопатології. Особливістю клінічного перебігу ХКГ, коморбітного з ДНЗ, є превалювання набрякового компоненту, що, у свою чергу, призводить до підвищеної кровоточивості ясен.

Отже, перебіг ХКГ у дітей на тлі ДНЗ характеризується наявністю таких пародонтопатогенних чинників: м'які та тверді зубні відкладення, ураження твердих тканин зубів, аномалії окремо стоячих зубів, нераціональне харчування та відсутність заходів профілактики. Однак, дія цих чинників є однаково сильною як у соматично здорових дітей, так і за умов ДНЗ, на що вказує відсутність вірогідної різниці в групах спостереження.

Мандзюк Т.Б.

ПОКАЗНИКИ КАРІЄСУ ЗУБІВ У ДІТЕЙ ПОЛТАВИ ТА ЧЕРНІВЦІВ У РІЗНІ ВІКОВІ ПЕРІОДИ

Кафедра стоматології дитячого віку
Буковинський державний медичний університет

Незважаючи на стрімкий розвиток стоматології та значну кількість досліджень, вивчення проблем профілактики та лікування карієсу залишається актуальними, що пов'язане з постійними змінами в етіології, патогенезі та методах профілактики та лікування патологічних змін порожнини рота.

Метою є вивчити показники інтенсивності та поширеності карієсу у дітей, що проживають у м. Полтава та м. Чернівці у різні вікові періоди. Враховуючи рекомендації ВООЗ щодо вивчення показників карієсу різних регіонів з урахуванням ключових вікових груп, нами проведене обстеження дітей 7-12 років, які проживають в Полтаві (40 осіб) та Чернівцях (28 осіб). Нами було проведене анкетування дітей та їхніх батьків з метою визначення соціально-гігієнічних чинників виникнення карієсу у дітей. Стоматологічне обстеження відбувалося за згодою батьків і учнів в організованих дитячих колективах м.Полтави (223 дитини віком 7-12 років) та м.Чернівці (28 дітей 12 років) та проводилося згідно загальноприйнятих методик.

Отримані дані вносили в модифіковані нами карти ВООЗ. Показники карієсу дітей 7-9 років м.Полтави, обстежених в 2017 році порівнювали з показниками, отриманими під час дослідження дітей в 1997-1998 роках в місті Полтава. Значна кількість дітей м. Полтави у віці 7-9 років мають уражені тимчасові та постійні зуби, і це важливо враховувати для прогнозування карієсу та проведення його профілактики. Вивчення показника поширеності карієсу у дітей від 7 до 9 років показало його підвищення з 7 до 8 років, а з 8 до 9 цей показник дещо знижувався за рахунок значного зменшення кількості дітей з ураженими тимчасовими зубами, так як вони були уже видалені до цього часу, хоча значно збільшувалась кількість дітей із карієсом постійних зубів.

У віці 10 років ми спостерігаємо таку ж тенденцію:різке зменшення кількості дітей із каріозними тимчасовими зубами за рахунок їх видалення у зв'язку з їх зміною на постійні. В 11 років спостерігаємо зміни, що схожі на попередній віковий період (зменшення кількості дітей з ураженими тимчасовими зубами та збільшення – з постійними). У дітей 12 років ми не виявили тимчасових зубів, уражених карієсом, а кількість дітей з карієсом постійних зубів збільшилась лише на 2,5% в порівнянні з попереднім віковим періодом (м.Полтава). Порівняння поширеності карієсу постійних зубів в Чернівцях в ключовій групі за даними ВООЗ (12-річні діти) не виявило значимої її різниці з Полтавою. Збільшення кількості дітей з ураженими постійними зубами відбувається в період від з7 до 8 років (на 17,3%), з 8 до 9 (на 14,5%), з 9 до 10 років (на 21,5%), з 10 до 11 (на13,3%). Звертає на себе увагу значна різниця показника інтенсивності карієсу у 12-річних дітей Полтави та Чернівців. В Чернівцях кількість уражених зубів на одного обстеженого в 2,5 рази вища, ніж в Полтаві, а показник інтенсивності видалених зубів у дітей м.Чернівці (0,25±0,08 зубів) в 10 разів вищий, ніж у дітей Полтави (0,025± 0,03 зубів) ($p \leq 0,05$).

Отже, поширеність карієсу була незначно вища у Чернівцях, а інтенсивність карієсу за показником КПВ вірогідно відрізнялась у досліджуваних містах: 5,21±0,60 зубів у Чернівцях, що відповідає високому рівню інтенсивності та 2,08±0,18зубів – у Полтаві – низький рівень інтенсивності карієсу. Найбільш уразливим з точки зору виникнення карієсу постійних зубів у дітей є вік від 7 до 8 та від 9 до 10 років, що вимагає особливої уваги батьків та лікарів-стоматологів до стоматологічного здоров'я дітей цих вікових періодів.

Митченок О.В.

УСУНЕННЯ ДЕФЕКТІВ КОРОНКОВОЇ ЧАСТИНИ БОГАТОКОРЕНЕВИХ ЗУБІВ РІЗНИМИ МЕТОДАМИ

Кафедра терапевтичної стоматології
Буковинський державний медичний університет

Проблема збереження зруйнованих зубів досліджується дуже давно. Запропоновано багато варіантів відновлення коронкової частини: від пломбувальних матеріалів до ортопедичних конструкцій. При руйнуванні коронкової частини більше ніж на 2/3 чи повністю використання пломбувального матеріалу в якості відновлювального не доцільно, бо вони часто не витримують навантажень під час функції. Тому в багатьох випадках пропонують використання ортопедичної конструкції, яка містить штифт і штучну коронкову частину. Є багато різновидів штифтових зубів, але всі вони можуть бути використані тільки при руйнуванні коронки зуба вище, або на рівні ясен. Коли ж коронка зруйнована нижче рівня ясен запропонована інша конструкція: лита куксова штифтова вкладка з подальшим покриттям її коронкою. Ця конструкція вигідно відрізняється від штифтових зубів за рахунок можливості застосування покривної конструкції та її заміни в разі необхідності. Питання відновлення коронкової частини багатокореневих зубів лишається дискусійним. Запропоновані конструкції нерівномірно розподіляють тиск на всі корені зуба або ці конструкції дуже складні в виготовленні.

Нами запропонована конструкція для відновлення коронкової частини багатокореневих зубів, яка включає в себе низку клінічних етапів: підготовка каналів коренів та їх устів під литу культьову штифтову вкладку; моделювання двох штифтиків в найменш