



**Гринкевич Л.Г.**  
**ПРОФІЛАКТИКА РАНЬОГО ДИТЯЧОГО КАРІЄСУ**  
**НА ПІВНІЧНІЙ БУКОВИНІ**

*Кафедра стоматології дитячого віку*  
*Буковинський державний медичний університет*

Загальновідомо, що ранній дитячий карієс – це багатофакторне, дієт-асоційоване захворювання, що проявляється вогнищами демінералізації емалі. Важливе значення має мікро- та макроелементне забезпечення організму дитини, оскільки карієсогенність визначається складом і структурою емалі та інших тканин зубів, специфічними і неспецифічними чинниками захисту ротової порожнини, кількісними і якісними показниками ротової рідини, особливостями дієти, наявністю шкідливих звичок, властивостями зубного нальоту, і все це залежить від загального стану організму.

У зв'язку з цим нашою метою є вивчення основних ланок патогенезу карієсу в дітей раннього віку для розробки профілактичних регіональних програм та оцінити їхню ефективність в клінічних умовах. Здійснено клінічне стоматологічне обстеження 65 дітей віком 3-6 років. Групи спостереження сформовані таким чином: 20 соматично та стоматологічно здорових дітей (I група); 20 соматично здорових дітей, що мають карієс (II група); 25 дітей із дифузним нетоксичним зобом та каріозними ураженнями (III група). Вміст цинку визначали методом анатомо-абсорбційної спектрофотометрії.

Розповсюдженість каріозного процесу в дітей усіх груп спостереження була більше 80%, тобто високою згідно з оціночними критеріями ВООЗ. Кількісний вміст Zn в досліджуваних екземплярах показав різноспрямовану динаміку змін. За умов розвитку карієсу збільшувалося накопичення мікроелемента, зокрема, у соматично здорових дітей концентрація Zn зростала на 14 %, а у обстежених, хворих на ДНЗ, значно менше – на 4 %. Порівняння показників у дітей цих груп з урахуванням соматичної патології показало наявність вірогідної відмінності між значеннями лише в стоматологічно хворих дітей ( $p < 0,05$ ). Проте, спостерігалися значні коливання вмісту елемента залежно від ступеня гіперплазії щитоподібної залози.

Слід зазначити, що рівень мікроелементів у біологічних субстратах не завжди відображає потребу організму в них. Загальноприйнято вважати, що зниження концентрації елемента є ознакою його дефіциту. Саме це ми і спостерігаємо в більшості груп спостереження. Проте, нерідко при недостатності мікронутрієнта спостерігається підвищення його рівня в таких біологічних субстратах як волосся, нігті тощо, що також вказує на дисмікроелементоз.

**Дрозда І.І.**  
**СТАН ПАРОДОНТА У ПІДЛІТКІВ, ЯКІ НАВЧАЮТЬСЯ В РІЗНИХ ЗАКЛАДАХ**  
**ОСВІТИ (ПАПІЛЯРНО-МАРГІНАЛЬНО-АЛЬВЕОЛЯРНИЙ ІНДЕКС)**

*Кафедра терапевтичної стоматології*  
*Буковинський державний медичний університет*

Метою дослідження стало вивчення стану тканин пародонта у підлітків 15-18 років, які навчаються в різних закладах освіти. Нами проведене обстеження стану тканин пародонта 540 підлітків 15-18 років, які навчаються в школі (107 осіб), коледжі (317 осіб), університеті (116 осіб). Для виявлення змін в тканинах пародонта проводили клінічне обстеження пацієнтів з використанням папілярно-маргінально-альвеолярного (РМА) індексу. Ясна світло рожевого кольору, щільні, верхівки ясенних сосочків загострені, просвічуються дрібні судини – оцінюються як здорові. Атрофія ясенного краю, гіпертрофія ясенних сосочків, синюшність, гіперемія вказують на патологічний стан пародонта. Тяжкість запального процесу оцінювали за показником РМА у відсотках. Статистична обробка проводилась за Стьюдентом. Вірогідними вважались результати при  $p \leq 0,05$ .

Наші дослідження показали, що кожний із оглянутих підлітків 15-18 років мав певні зміни в яснах, що характеризувались наявністю хронічного запалення, що за своєю



клінічною картиною відповідало хронічному катаральному гінгівіту. Переважно ступінь запалення за показником РМА відповідав легкому (найнижчий показник – 2,2%). Лише серед 18-річних підлітків, які навчалися в коледжі, у 19 осіб (26,76%) спостерігали середній ступінь тяжкості гінгівіту (найвищий показник – 37,7%). За показником РМА – важкого перебігу хронічного катарального гінгівіту нами не виявлено. Запальний процес переважно локалізувався в області перших постійних молярів та у фронтальній ділянці нижньої щелепи. Тут спостерігалася найбільша кількість зубних нашарувань.

Середні показники індексу РМА відрізнялися у підлітків різного віку та різних форм навчання. Найнижчий показник був у 15-річних школярів, а у відвідувачів коледжу цього ж віку він був у 2,06 рази вищий. З віком, тобто в 16 років спостерігається незначне збільшення числових значень РМА у 16-річних школярів в порівнянні з 15-річними (в 1,3 рази) та значне (в 2,65 рази) – у відвідувачів коледжу. Різко (в 4,22 рази) збільшилась різниця даного показника в 16 років між школярами та студентами коледжу. У 17 років – це студенти університету та коледжу. Значного збільшення середнього показника індексу РМА в порівнянні з 16-річними школярами у студентів університету не було виявлено. А в вихованців коледжу тяжкість запального процесу вірогідно зростає, як в 17, так і в 18 років в порівнянні з попереднім віковим періодом. У студентів університету показник вірогідно збільшується, але в числовому значенні це лише 0,65%.

Проведені нами дослідження свідчать про погіршення стану тканин пародонта у пацієнтів з віком. Але підлітки, яка навчаються в школі та в університеті мають кращі показники, ніж у тих, хто навчається в коледжі. Підлітками з коледжу менше опікуються батьки, значна їх кількість проживає в гуртожитку, вони більш самостійні та, мабуть, менш освічені з приводу можливостей збереження стоматологічного здоров'я. Отримані результати вказують на необхідність більш детального вивчення причин погіршення стоматологічного статусу у підлітків, особливо, у відвідувачів коледжу та розробки способів профілактики, направлених на підвищення резистентності органів порожнини рота у даного контингенту.

**Ішков М.О.**

### **ПАРЕСТЕЗІЯ МЕНТАЛЬНОГО НЕРВА, СПРИЧИНЕНА ЗАГОСТРЕННЯМ ХРОНІЧНОГО ВЕРХІВКОВОГО ПЕРІОДОНТИТУ: ОПИС КЛІНІЧНОГО ВИПАДКУ**

*Кафедра терапевтичної стоматології*

*Буковинський державний медичний університет*

Парестезія внаслідок періапикальних процесів в ділянці зубів нижньої щелепи та помилок у проведенні ендодонтичного лікування - одне з найчастіших сенсорних порушень нижнього альвеолярного нерва. Парестезія НАН може бути наслідком травми, запального процесу, пухлини, інфекційного процесу та ідіопатичних захворювань.

До нас звернувся пацієнт А., 32 роки із скаргами на постійний ниючий біль у ділянці 35 зуба, біль при накушуванні на зуб. Біль тривав 3 доби, набув сильної інтенсивності, не полегшувався після прийому анальгетиків. Протягом останньої доби з'явилося відчуття печіння, повзання мурашок та заніміння в ділянці нижньої губи зліва, ясен в ділянці 35, 36, 37 зубів. При огляді визначався незначний колатеральний набряк обличчя зліва в ділянці нижньої щелепи. Перкусія 35 зуба різко болюча, пальпація перехідної складки в ділянці 35 зуба болюча, симптом флюктуації не визначався. Тести на вітальність пульпи від'ємні. При рентгенологічному обстеженні виявлено обширне вогнище деструкції кісткової тканини в ділянці 35 зуба, з нечіткими контурами, діаметром 10 мм, неправильної форми. Було встановлено діагноз – загострення хронічного верхівкового періодонтиту 35 зуба, парестезія ментального нерва. Від проведення ендодонтичного лікування пацієнт відмовився. Під мандибулярною анестезією розчином артикаїну 4% було видалено 35 зуб. Призначено нестероїдний протизапальний препарат Ібупрофен по 600 мг 3 рази на добу. Після видалення зуба на 2 день явища парестезії зникли, загоєння лунки без особливостей.

Внаслідок запальних процесів у періапикальних тканинах зубів нижньої щелепи може