



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



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 ускладнень - 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, коморбідного 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 проведено обстеження дітей 7-12 років, які проживають в Полтаві (40 осіб) та Чернівцях (28 осіб). Нами було проведено 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.