

Таким чином, вибір засобів гігієни, що базуються на рекламі по телебаченню або порадах консультантів косметичних чи аптечних мереж є неприйнятним і потребує негайної корекції з боку фахівців залежно від стоматологічного статусу. На наш погляд, для покращення гігієни важливим є навчання правильному догляду за порожниною рота і постійний контроль якості гігієни, особливо у дітей, які користуються незнімною ортодонтичною апаратурою, а не використання коштовних приладів, зокрема, електричних зубних щіток.

МУЛЬТИДИСЦИПЛІНАРНИЙ СУПРОВІД ДІТЕЙ ІЗ ЗУБОЩЕЛЕПНИМИ ДЕФОРМАЦІЯМИ, ЩО СУПРОВОДЖУЮТЬСЯ ФОНЕТИЧНИМИ ПОРУШЕННЯМИ

Фліс П.С., Яковенко Л.М., Філоненко В.В., Мельник А.О., м. Київ, Україна, Національний медичний університет імені О.О. Богомольця

Останнім часом спостерігається тенденція до зростання зубощелепних деформацій, що супроводжуються фонетичними порушеннями, зумовленими змінами зубощелепних взаємовідношень, показників функціональної активності жувальних м'язів, колового м'яза рота, губ, язика, захворюваннями ЛОР-органів. Окреслені фактори перебувають у тісному причинно-наслідковому взаємозв'язку, спроби нормалізувати прикус без логопедичної корекції і функціональної перебудови ускладнюють ортодонтичне лікування та унеможливають досягнення стабільного результату.

З метою підвищення ефективності ортодонтичного лікування запропоновано комплекс діагностично-лікувальних заходів на основі мультидисциплінарного підходу, який складається з мотиваційного, діагностичного і лікувального блоків.

Мотиваційний блок скерований на сприйняття дитиною та батьками позитивного результату ортодонтичного лікування і логопедичної корекції; створення атмосфери емоційного комфорту між ортодонтом, дитячим терапевтом та хірургом стоматологами, дитиною і її батьками; формування у дитини особистісно орієнтованого лікування та корекційного навчання.

Діагностичним блоком передбачено встановлення виду зубощелепних деформацій на основі клінічного обстеження, антропометрії, електроміографії, цефалометрії, конусно-променевої комп'ютерної томографії; визначення стану сформованості фонетичної сторони мовлення за допомогою нейропсихологічних і логопедичних тестів; дослідження стану ЛОР-органів методами риноскопії, фарингоскопії, конусно-променевої комп'ютерної томографії; виявлення вроджених вад вуздечок губ, язика та ін.

Лікувальний блок включав ортодонтичне лікування із застосуванням знімних та незнімних ортодонтичних апаратів залежно від виду деформацій, віку пацієнта, ступеня сформованості зубощелепного апарату, етіології; фонетичну корекцію з загальнообов'язковими (орофаціальна гімнастика, формування мовленнєвого дихання) і корекційно спрямованими (постановка автоматизації та диференціації звуків) завданнями; отоларингологічне консервативне та/або хірургічне лікування аденоїдитів та тонзилітів; контроль рівня гігієни порожнини рота, терапевтичне лікування захворювань твердих тканин зубів, запальних процесів тканин пародонту і слизової оболонки порожнини рота; за показаннями, усунення вроджених вад вуздечок губ, язика тощо. Це уможливило здійснення комплексного багатовекторного лікування зубощелепних аномалій і деформацій, що супроводжуються фонетичними порушеннями.

Висновок. Оцінка ефективності запропонованого на основі мультидисциплінарного підходу діагностично-лікувального комплексу заходів для пацієнтів із зубощелепними аномаліями та деформаціями, що супроводжуються фонетичними порушеннями, засвідчила необхідність визначення стану носоглоткових і піднебінних мигдаликів та довела результативність проведення ортодонтичного лікування одночасно з логопедичною корекцією, що підтверджено у 86,6 % пацієнтів покращенням показників електроміографії, антропометричних вимірювань сканованих моделей щелеп, цефалометрії; аналіз даних конусно-променевої комп'ютерної томографії засвідчив достовірне збільшення об'єму верхніх дихальних шляхів на $(53,8 \pm 4,2)$ % у пацієнтів після проведеного ортодонтичного лікування.

ІНТЕНСИВНІСТЬ ТА ПОШИРЕНІСТЬ КАРІЕСУ У ДІТЕЙ МОЛОДШОГО ШКІЛЬНОГО ВІКУ З НОРМАЛЬНОЮ ТА НАДМІРНОЮ МАСОЮ ТІЛА

ШЕШУКОВА О.В., ВЕРЕТІЛЬНИК А.В., ВЕРЕТІЛЬНИК В.О., м. Полтава, УКРАЇНСЬКА МЕДИЧНА СТОМАТОЛОГІЧНА АКАДЕМІЯ

Проведений аналіз зарубіжної і вітчизняної літератури з поточного стану епідемії ожиріння та доказів її асоціації із захворюванням порожнини рота демонструє неоднозначні результати.

Метою дослідження стала оцінка інтенсивності та поширеності карієсу у дітей з різною масою тіла.

Матеріали та методи. У дослідження було включено 628 дітей у віці 6–11 років.

Результати. За даними проведеного нами антропометричного дослідження встановлено, що 32,64 % (205 дітей) обстежених дітей мали надмірну масу тіла. Результати проведеного стоматологічного обстеження показали, що поширеність карієсу становила 60,78 % та 58,63 % для дітей з нормальною і надмірною масою тіла відповідно.

Вивчення інтенсивності карієсу показало, що у обстежених дітей з нормальною масою тіла $kp+KPB$ складає $1,89 \pm 0,01$ і цей показник дорівнював $1,82 \pm 0,04$ для дітей з надмірною масою тіла — достовірної різниці не простежується. Ураженість карієсом тимчасових зубів у дітей з надмірною масою тіла була вірогідно нижчою, ніж у групі дітей з нормальною масою тіла ($2,46 \pm 0,05$ та $2,82 \pm 0,02$, відповідно). У обстежених нами дітей із надмірною масою тіла також визначено вірогідно нижчий показник інтенсивності ускладненого карієсу тимчасових зубів ($1,07 \pm 0,04$ та $1,28 \pm 0,02$ відповідно).

Висновки. Достовірної різниці була виявлена при визначенні інтенсивності карієсу постійних зубів у дітей молодшого шкільного віку досліджуваних груп. При нижчих показниках інтенсивності карієсу та його ускладнень тимчасових зубів у дітей з надмірною масою тіла у порівнянні з однолітками з нормальною масою тіла визначений ріст інтенсивності карієсу постійних зубів у групі дітей з надмірною масою тіла.