

ОЦІНКА ЕФЕКТИВНОСТІ НАДАННЯ СТОМАТОЛОГІЧНОЇ ДОПОМОГИ ДІТЯМ З ІНВАЛІДНІСТЮ З ВИКОРИСТАННЯМ ЗАГАЛЬНОГО ЗНЕБОЛЮВАННЯ ЯК ЧАСТИНИ ЛІКУВАЛЬНО-ПРОФІЛАКТИЧНОГО КОМПЛЕКСУ

Запорізький державний медичний університет

Результати стоматологічного обстеження та довготривалого досвіду надання стоматологічної допомоги під загальним знеболюванням дітям-інвалідам із захворюваннями центральної нервової системи, органів дихання, системи крові та психічними розладами дозволили нам розробити комплекс лікувально-профілактичних заходів, спрямованих на покращання стоматологічного здоров'я у дітей з інвалідністю та профілактику захворювань твердих тканин зубів і тканин пародонта, профілактику розвитку зубощелепних аномалій у цих дітей з урахуванням особливостей основного захворювання [1–5].

Мета роботи — покращання якості надання стоматологічної допомоги дітям-інвалідам із захворюваннями центральної нервової системи, системи крові, органів дихання та з психічними розладами.

Матеріали та методи дослідження

Діти-інваліди із захворюваннями центральної нервової системи, психічними розладами, хворобами системи крові, органів дихання, що належать до 3, 4, 5-го класів фізичного статусу за класифікацією ASA, віком від 2 до 15 років були об'єктом нашого дослідження.

У дослідженні взяли участь 200 дітей, яких розділили на чотири групи за основним захворюванням: I група (n=50) — діти з особливими потребами із захворюваннями центральної нервової системи (ЦНС), II група (n=50) — діти із психічними розладами, до III групи (n=50) увійшли діти з особливими потребами з хворобами системи крові, IV група (n=50) — діти із захворюваннями системи органів дихання. Діти цих чотирьох груп регулярно проходили лікування основного захворювання на базі КУ «Запорізька обласна клінічна дитяча лікарня».

Група порівняння (n=50) була сформована після огляду 180 практично здорових дітей віком від 2 до 15 років.

Кожну групу було розділено за віком і станом прикусу: 1-ша вікова група — 2–5 років (тимчасовий прикус), 2-га вікова група — 6–10 років (змінний прикус), 3-тя вікова група — 11–15 років (постійний прикус).

Дітей було включено до диспансерних груп за ступенем ризику розвитку карієсу зубів і захворювань тканин пародонта (табл. 1).

Санацію порожнини рота та проведення професійної гігієни порожнини рота, герметизації фісур зубів, корекцію прикусу (зішліфування) проводили під загальним знеболюванням при штучній вентиляції легень дітям

I та IV груп у всіх вікових групах, у 1-й та 2-й вікових групах II і III груп. Дітям 3-ї вікової групи II та III груп профілактичні заходи проводилися без анестезії, а санація порожнини рота — під місцевою анестезією.

Протягом лікування дітям з інвалідністю призначали медичні препарати спільно з педіатрами і лікарями їх основного захворювання. Було запропоновано лікувально-профілактичні комплекси, спрямовані на

Таблиця 1
Розподіл дітей за диспансерними групами, %

Вікова група	Ступінь ризику розвитку карієсу зубів і захворювань пародонта		
	Низький	Середній	Високий
I група			
1-ша	7,7	25,6	66,7
2-га	0	35,5	64,5
3-тя	14,3	39,3	46,4
II група			
1-ша	21,3	36,2	42,5
2-га	9,8	42,6	47,6
3-тя	7,1	26,2	66,7
III група			
1-ша	6,25	50,00	43,75
2-га	0	38,89	61,11
3-тя	12,50	37,50	50,00
IV група			
1-ша	13,33	33,33	53,33
2-га	10,53	42,11	47,37
3-тя	6,25	18,76	75,00

**Лікувально-профілактичні комплекси
для покращання стоматологічного здоров'я у дітей з інвалідністю**

№ 1 (захворювання ЦНС)	№ 2 (захворювання системи крові)	№ 3 (захворювання органів дихання)	№ 4 (психічні розлади)
«Імунал»	«Лізак», «Імудон»	«Імудон»	«Імунал»
БіоГая Продентіс	БіоГая Продентіс	БіоГая Продентіс	БіоГая Продентіс
БіоГая Протектіс з вітаміном D3	БіоГая	БіоГая	БіоГая Протектіс з вітаміном D3
БіоГая	«Хлорфіліпт»	«Хлорфіліпт»	БіоГая
Коктейль NAN-3	Збалансоване харчування згідно з віком	Збалансоване харчування згідно з віком	Коктейль NAN-3
«Симбівіт»	«Галоскорбін»	Контроль за обов'язковим питтям води	«Симбівіт»
Смарт Омега	«Холісал»	«Амброксол гідрохлорид»	Смарт Омега
Препарати кальцію	Препарати кальцію	Препарати кальцію	Препарати кальцію
Лікування і профілактика стоматологічних захворювань під загальним знеболюванням	Лікування зубів дітей віком від 2 до 5 років під загальним знеболюванням, надалі під місцевим знеболюванням у разі відсутності стоматофобії	Лікування зубів дітей віком від 2 до 5 років під загальним знеболюванням, надалі під місцевим знеболюванням у разі відсутності больових відчуттів	Лікування і профілактика стоматологічних захворювань під загальним знеболюванням
Гігієна порожнини рота батьками або медичним персоналом	Гігієна порожнини рота батьками та самостійно	Гігієна порожнини рота батьками та самостійно	Гігієна порожнини рота батьками або медичним персоналом

покращання стоматологічного здоров'я дітей з інвалідністю залежно від соматичної патології (табл. 2).

Результати дослідження та їх обговорення

Дітям усіх чотирьох груп призначались імунокоригувальні препарати («Імудон», «Імунал», «Лізак»).

Пробіотичні препарати призначались дітям усіх груп, форма лікарського засобу залежала від стану здоров'я дітей, а кратність прийому та дозування — від ступеня ризику карієсу і захворювань пародонта та віку («БіоГая Продентіс», «БіоГая Продентіс», БіоГая Протектіс з вітаміном D3).

Дітям-інвалідам із захворюваннями центральної нервової системи та з психічними розладами усіх вікових груп і дітям-

інвалідам 2–5 років із захворюваннями системи крові й органів дихання препарати призначались у вигляді крапель.

Для профілактики карієсу зубів і захворювань пародонта ми призначали дітям пробіотичний коктейль. Діти 1-ї вікової групи отримували один раз на день під час другого сніданку коктейль із молочної суміші «NAN 3» (7 мірних ложок на 200 мл теплої перевареної води). Для 2-ї та 3-ї вікових груп призначали «Симбівіт» (мультипробіотик, дієтична добавка, застосовується для підвищення імунітету), 200 мл для дітей після 3 років у період між прийманням курсу «Імудону», для підтримки імунітету від 1 до 2 міс.

Враховуючи періоди розвитку зубів та їх етапи мінералізації, ми призначали препара-

ти, що містять кальцій: «Гліцерофосфат кальцію» дітям від 3 років по 0,2 г тричі на добу протягом 30 днів, дітям після 12 років — по 0,4 г за тією ж схемою; «Кальцій-D3 Нікомед» з 5 років по 1 таблетці двічі на добу, дітям після 12 років — по 1 таблетці тричі на добу протягом 4–6 тиж., не менше двох разів на рік. Діти-інваліди з психічними розладами і діти-інваліди із захворюваннями ЦНС отримували препарати шляхом додавання до їжі.

Дітям із захворюваннями органів дихання призначали бронхолітики («Амброксолу гідрохлорид») та рекомендували пити багато рідини для стимуляції роботи слизових залоз.

Діти із захворюваннями системи крові приймали препарати, що укріплюють стінки судин («Галоскорбін»).

Враховуючи неможливість самостійно чистити зуби через основне захворювання, щоденну гігієну порожнини рота проводили батьки або медичний персонал зубними щітками (дітям віком від 2 до 5 років зубна щітка з розміром робочої частини до 2 см; 5–7 років — 2,5 см; 8–12 років — 2–3 см) і зубними пастами відповідно до віку; 1-й віковій групі — марлевими серветками, змоченими у водному розчині зубної пасти (згідно з віком, яку можна ковтати).

У дітей з декомпенсованим перебігом карієсу після чищення зубів проводили протирання порожнини рота розчином «Хлоргексидину» на марлевому тампоні.

Ефективність запропонованого лікувально-профілактичного комплексу, покращання стану твердих тканин зубів оцінювали за допомогою двох показників: приросту інтенсивності карієсу та редукції приросту карієсу (через 24 міс. від початку лікувально-профілактичних дій).

Редукція приросту карієсу у дітей-інвалідів 2-ї вікової групи досліджуваних груп має високі показники, а саме: у I групі — 90,0 %, у II групі — 73,3 %, у III групі — 76,0 %, у IV групі — 78,3 %, відповідно до приросту карієсу у цій віковій групі (I група — 0,3; II група — 0,8; III група — 0,72; IV група — 0,65) (табл. 3).

Приріст карієсу зубів у дітей-інвалідів 3-ї вікової групи досліджуваних груп має такі показники: у I групі — 1,4; у II групі — 0,61; у III групі — 0,81; у IV групі — 1,25, відповідно до редукції приросту карієсу у цій віковій групі (I група — 12,5 %; II група — 61,8 %; III група — 49,3 %; IV група — 21,8 %) (див. табл. 3).

У 2-й віковій групі порівняння приріст карієсу в 10 разів

більше від I групи, у 3,75 разу — від II групи, у 4,1 разу — від III групи, у 4,6 разу — від IV групи цієї ж вікової групи. У 3-й віковій групі порівняння приріст карієсу в 1,1 разу більше від I групи, у 2,6 разу більше від II групи, в 1,9 разу більше від III групи, в 1,3 разу більше від IV групи тієї ж вікової групи (див. табл. 3).

Ефективність запропонованого лікувально-профілактичного комплексу, що дозволив проводити санацію порожнини рота та профілактику стоматологічних захворювань дітям досліджуваних груп під загальним знеболюванням, підтверджують зміни структури індексів «кп», «КПВ», «КПВ + кп», зокрема зростання індексів «п» та «П».

Зростання показника «п» та зниження показника «к» свідчать про якість надання стоматологічної допомоги дітям-інвалідам із захворюваннями центральної нервової системи 1-ї вікової групи (до лікування — 0,0 (0,0; 3,0) зубів, через 12 міс. — 6,0 (4,0; 8,0) зубів, через 24 міс. — 6,0 (5,0; 8,0) зубів; відповідно «к»: до лікування — 5,0 (4,0; 8,0) зубів, через 12 міс. — 0,0 (0,0; 1,0) зубів, через 24 міс. — 0,0 (0,0; 0,0) (табл. 4).

Аналогічну динаміку спостерігаємо у II, III, IV групах 1-ї вікової групи за період 12 міс. та 24 міс. після проведення лікувально-профілактичного комплексу: у II групі показник «п» до лікування — 2,5 (0,0; 3,0) зуба, а вже через 24 міс. — 7,0 (6,0; 8,0) зубів; у III групі величина «п» до лікування становить — 2,0 (1,0; 3,0) зуба, а вже через 24 міс. — 7,5 (7,0; 8,0) зуба; показник «п» у IV групі до лікування — 3,0 (0,0; 4,0) зуба, а через 24 міс. — 9,0 (8,0; 10,0) зубів (табл. 4).

У групі порівняння, дітям якої проводилася санація порож-

нини рота під місцевим знеболюванням, показник «п» теж зростає: до лікування — 0,0 (0,0; 2,0) зубів, після 24 міс. — 8,0 (8,0; 9,0) зубів, але показник «к» не зменшується порівняно з досліджуваними групами (до лікування — 6,5 (5,0; 8,0) зуба, після 12 міс. — 6,0 (5,0; 7,0) зубів). Це свідчить про те, що кількість каріозних порожнин знаходиться майже на однаковому рівні у дітей групи порівняння (див. табл. 4).

Отже, аналізуючи структуру індексів «кп», «к», «п» до лікування та через 24 міс. після лікування, можна стверджувати, що у дітей досліджуваних груп, яким проводилася санація порожнини рота під загальним знеболюванням, зменшується показник «к» щодо групи порівняння, що свідчить про якість надання стоматологічної допомоги дітям-інвалідам (див. табл. 4).

Результати спостережень за динамікою індексів «кп», «КПВ»,

Таблиця 3

Показники рівня приросту карієсу та редукції карієсу в досліджуваних групах через 24 міс.

Вікова група	Приріст карієсу	Редукція приросту карієсу, %
I група		
2-га	0,3	90,0
3-тя	1,4	12,5
II група		
2-га	0,8	73,3
3-тя	0,61	61,8
III група		
2-га	0,72	76,0
3-тя	0,81	49,3
IV група		
2-га	0,65	78,3
3-тя	1,25	21,8
Група порівняння		
2-га	3,0	—
3-тя	1,6	—

Таблиця 4

Динаміка структури індексів «кп», «к» та «п» після проведення лікувально-профілактичного комплексу у дітей досліджуваних груп і групи порівняння 1-х вікових груп у віддалені терміни

Термін обстеження	«кп»	«к»	«п»
ДГ I			
До лікування	6,0 (4,0; 8,0)	5,0 (4,0; 8,0)	0,0 (0,0; 3,0)
Після 12 міс.	6,0 (5,0; 8,0)*	0,0 (0,0; 1,0)*	6,0 (4,0; 8,0)*
Після 24 міс.	6,0 (5,0; 8,0)*	0,0 (0,0; 0,0)*	6,0 (5,0; 8,0)*
ДГ II			
До лікування	7,0 (4,0; 8,0)	4,0 (4,0; 4,0)	2,5 (0,0; 3,0)
Після 12 міс.	7,0 (6,0; 8,0)*	0,0 (0,0; 0,0)*	7,0 (6,0; 8,0)*
Після 24 міс.	7,0 (6,0; 8,0)*	0,0 (0,0; 0,0)*	7,0 (6,0; 8,0)*
ДГ III			
До лікування	7,0 (6,5; 8,0)	5,0 (4,5; 6,5)	2,0 (1,0; 3,0)
Після 12 міс.	7,5 (7,0; 8,0)*	0,0 (0,0; 1,0)*	7,0 (6,5; 8,0)*
Після 24 міс.	7,5 (7,0; 8,0)*	0,0 (0,0; 0,0)*	7,5 (7,0; 8,0)*
ДГ IV			
До лікування	8,0 (8,0; 10,0)	6,0 (4,0; 8,0)	3,0 (0,0; 4,0)
Після 12 міс.	8,0 (8,0; 10,0)*	0,0 (0,0; 1,0)*	8,0 (8,0; 9,0)*
Після 24 міс.	9,0 (8,0; 10,0)*	0,0 (0,0; 0,0)*	9,0 (8,0; 10,0)*
ГП			
До лікування	7,5 (6,0; 8,0)	6,5 (5,0; 8,0)	0,0 (0,0; 2,0)
Після 12 міс.	10,0 (9,0; 12,0)	6,0 (5,0; 7,0)	4,0 (4,0; 5,0)
Після 24 міс.	11,0 (10,0; 12,0)	2,5 (2,0; 3,0)	8,0 (8,0; 9,0)

Примітка. У табл. 4–6: * — достовірна різниця з групою порівняння ($p < 0,05$); ДГ — досліджувана група; ГП — група порівняння.

«КПВ + кп» у дітей досліджуваних груп і групи порівняння двох вікових груп наведено в табл. 5.

У II, III, IV групах 2-ї вікової групи за період 12 міс. та 24 міс. після проведення лікувально-

профілактичного комплексу (у II групі величина «п» до лікування становить 2,0 (0,0; 3,0) зуба, а вже через 24 міс. — 6,0 (0,0; 8,0) зубів; у III групі величина «п» до лікування — 3,0 (2,0; 3,0) зуба, а вже через 24 міс.

— 7,0 (7,0; 8,0) зубів; величина «п» у IV групі до лікування — 2,0 (0,0; 3,0) зуба, а через 24 міс. — 8,0 (8,0; 8,0) зубів (табл. 5).

У групі порівняння, дітям якої проводили санацію порожнини рота під місцевим знеболюванням, показник «п» теж зростає: до лікування — 0,0 (0,0; 1,0) зубів, після 24 міс. — 8,0 (8,0; 9,0) зубів (див. табл. 5).

У табл. 6 наведено динаміку структури індексів «КПВ», «К» та «П» після проведення лікувально-профілактичного комплексу у дітей досліджуваних груп і групи порівняння трьох вікових груп.

Динаміка показників «К» та «П» у дослідних групах II, III, IV 3-ї вікової групи за період 12 міс. і 24 міс. після проведення лікувально-профілактичного комплексу свідчить про якість надання стоматологічної допомоги дітям-інвалідам (у II групі величина «П» до лікування становила 1,0 (0,0; 1,0) зуб, а вже через 24 міс. — 5,0 (3,0; 6,0) зубів; у III групі величина «П» до лікування — 0,5 (0,0; 1,0) зуба, а вже через 24 міс. — 3,0 (2,0; 4,0) зуба; величина «П» у IV групі до лікування 0,0 (0,0; 0,0) зубів, а через 24 міс. — 4,5 (4,0; 5,0) зуба) (див. табл. 6).

Таблиця 5

Динаміка структури індексів «кп», «КПВ», «КПВ + кп» після проведення лікувально-профілактичного комплексу у дітей досліджуваних груп і групи порівняння двох вікових груп у віддалені терміни

Термін обстеження	«кп»	«КПВ»	«КПВ + кп»	«п»	«к»	«П»	«К»
ДГ I							
До лікування	7,0 (2,0; 8,0)*	2,0 (2,0; 4,0)	9,0 (6,5; 10,0)	2,0 (0,0; 4,0)	4,0 (1,5; 6,0)	0,0 (0,0; 0,0)	2,0 (2,0; 2,5)
Після 12 міс.	7,5 (2,0; 8,0)*	2,0 (2,0; 4,5)	9,0 (7,0; 10,5)	7,0 (1,5; 8,0)	0,0 (0,0; 1,0)*	2,0 (2,0; 3,5)	0,0 (0,0; 0,0)*
Після 24 міс.	7,5 (2,0; 8,0)*	2,0 (2,0; 4,5)	9,0 (7,0; 10,5)	7,5 (2,0; 8,0)	0,0 (0,0; 0,0)*	2,0 (2,0; 3,5)	0,0 (0,0; 0,0)*
ДГ II							
До лікування	6,0 (0,0; 7,0)*	4,0 (3,0; 4,0)	10,0 (4,0; 10,5)	2,0 (0,0; 3,0)	3,0 (0,0; 4,0)	1,0 (0,0; 1,0)	2,0 (1,5; 2,5)
Після 12 міс.	6,0 (0,0; 7,0)*	4,0 (3,0; 5,0)	10,0 (5,0; 10,5)	6,0 (0,0; 7,0)	0,0 (0,0; 0,0)*	3,0 (3,0; 4,0)	0,0 (0,0; 0,0)*
Після 24 міс.	6,0 (0,0; 8,0)*	4,0 (3,5; 5,0)	10,0 (6,0; 11,5)	6,0 (0,0; 8,0)	0,0 (0,0; 0,0)*	3,5 (3,0; 4,5)	0,0 (0,0; 0,0)*

Термін обстеження	«кп»	«КПВ»	«КПВ + кп»	«п»	«к»	«П»	«К»
ДГ III							
До лікування	7,0 (5,0; 7,0)*	3,0 (2,0; 4,0)	10,0 (9,0; 11,0)	3,0 (2,0; 3,0)	3,0 (3,0; 5,0)	0,0 (0,0; 1,0)	2,0 (1,0; 2,0)
Після 12 міс.	7,0 (7,0; 8,0)*	3,0 (2,0; 4,0)	10,0 (10,0; 11,0)	7,0 (7,0; 8,0)	0,0 (0,0; 0,0)*	2,0 (2,0; 3,0)	0,0 (0,0; 0,0)*
Після 24 міс.	7,0 (7,0; 8,0)*	4,0 (3,0; 5,0)	11,0 (10,0; 12,0)	7,0 (7,0; 8,0)	0,0 (0,0; 0,0)*	2,0 (2,0; 3,0)	0,0 (0,0; 0,0)*
ДГ IV							
До лікування	7,0 (7,0; 8,0)*	4,0 (4,0; 6,0)	12,0 (11,0; 13,0)	2,0 (0,0; 3,0)	5,0 (4,0; 7,0)	0,0 (0,0; 0,0)	3,0 (2,0; 4,0)
Після 12 міс.	8,0 (7,0; 8,0)*	4,0 (4,0; 6,0)	12,0 (11,0; 13,0)	8,0 (7,0; 8,0)	0,0 (0,0; 0,0)*	3,0 (2,0; 4,0)	0,0 (0,0; 0,0)*
Після 24 міс.	8,0 (8,0; 8,0)*	5,0 (4,0; 6,0)	12,0 (11,0; 14,0)	8,0 (8,0; 8,0)	0,0 (0,0; 0,0)*	4,0 (3,0; 4,0)	0,0 (0,0; 0,0)*
ГП							
До лікування	4,5 (4,0; 5,5)*	2,0 (1,0; 3,0)	7,0 (6,0; 7,0)	0,0 (0,0; 1,0)	4,0 (4,0; 5,0)	1,0 (0,0; 2,0)	1,0 (0,0; 1,0)
Після 12 міс.	9,0 (7,0; 9,0)*	4,0 (3,5; 5,0)	13,0 (11,5; 14,0)	7,5 (6,0; 8,0)	1,0 (1,0; 2,0)	2,5 (2,0; 4,0)	0,5 (0,0; 1,5)
Після 24 міс.	9,0 (8,0; 10,0)*	4,5 (4,0; 6,0)	13,0 (12,0; 14,0)	8,0 (7,0; 9,0)	1,0 (0,0; 2,0)	3,0 (2,0; 4,0)	1,0 (0,0; 2,0)

У групі порівняння, дітям якої проводили санацію порожнини рота під місцевим знеболюванням, показник «П» теж зростає: до лікування — 0,0 (0,0; 1,5) зубів, після 24 міс. — 3,0 (2,5; 4,0) зуба (див. табл. 6).

Висновок

Аналізуючи структуру індексів «кп», «КПВ + кп», «КПВ» до лікування та через 24 міс. після лікування, можна стверджувати, що у дітей досліджуваних груп, яким проводилася санація порожнини рота під загальним знеболюванням, зменшується показник «к», «К» і збільшується показник «п», «П», що свідчить про якість надання стоматологічної допомоги дітям-інвалідам.

Ефективність запропонованого лікувально-профілактичного комплексу полягає в тому, що лікування карієсу та його ускладнень проводилось одночасно, за один сеанс, під загальним знеболюванням. Це дало можливість проводити санацію порожнини рота дітям з інвалідністю згідно з протоколами лікування.

При вивченні показників приросту карієсу та редукції приросту карієсу можна зроби-

Таблиця 6

Динаміка структури індексів «КПВ», «К» та «П» після проведення лікувально-профілактичного комплексу у дітей досліджуваних груп і групи порівняння трьох вікових груп у віддалені терміни

Термін обстеження	«КПВ»	«К»	«П»
ДГ I			
До лікування	4,0 (4,0; 5,0)	3,0 (2,0; 4,0)	0,0 (0,0; 0,0)
Після 12 міс.	5,0 (4,0; 6,0)	1,0 (0,0; 1,0)	3,0 (3,0; 4,0)
Після 24 міс.	6,0 (4,0; 7,0)	0,0 (0,0; 0,0)*	5,0 (3,0; 6,0)*
ДГ II			
До лікування	3,0 (1,0; 4,0)	2,0 (1,0; 2,0)	1,0 (0,0; 1,0)
Після 12 міс.	5,0 (2,0; 5,0)	0,0 (0,0; 0,0)	4,0 (2,0; 5,0)
Після 24 міс.	6,0 (4,0; 7,0)	0,0 (0,0; 0,0)*	5,0 (3,0; 6,0)*
ДГ III			
До лікування	2,0 (1,0; 3,0)	1,0 (1,0; 2,0)	0,5 (0,0; 1,0)
Після 12 міс.	3,0 (2,0; 3,0)*	0,0 (0,0; 0,0)	2,0 (2,0; 3,0)*
Після 24 міс.	3,0 (2,0; 4,0)*	0,0 (0,0; 0,0)*	3,0 (2,0; 4,0)
ДГ IV			
До лікування	4,0 (3,0; 5,5)	3,0 (3,0; 4,0)	0,0 (0,0; 0,0)
Після 12 міс.	5,0 (3,0; 6,0)*	0,0 (0,0; 0,0)	4,0 (3,0; 5,0)
Після 24 міс.	6,0 (4,0; 7,0)*	0,0 (0,0; 0,0)*	4,5 (4,0; 5,0)*
ГП			
До лікування	4,0 (3,0; 4,0)	3,0 (2,0; 4,0)	0,0 (0,0; 0,5)
Після 12 міс.	4,0 (3,0; 4,0)	0,0 (0,0; 0,0)	4,0 (4,0; 5,0)
Після 24 міс.	5,0 (4,0; 5,0)	1,0 (0,0; 1,5)	3,0 (2,5; 4,0)

ти висновок, що запропонований нами комплекс лікувально-профілактичних заходів продемонстрував високу ефективність при наданні стоматологіч-

ної допомоги дітям-інвалідам досліджуваних груп.

Ключові слова: діти-інваліди, загальна анестезія, зменшення карієсу, санація рото-

вої порожнини, профілактика стоматологічних захворювань.

ЛІТЕРАТУРА

1. *Терапевтична стоматологія дитячого віку* / Л. О. Хоменко, Ю. Б. Чайковський, О. В. Савичук [та ін.]. – К. : Книга плюс, 2007. – 251 с.

2. *Стош В. И. Обезболивание в амбулаторной детской стоматологии* / В. И. Стош, С. А. Рабинович // Педиатрическая анестезиология и интенсивная

терапия» : материалы III Российского конгресса. – Тверь : ООО «Издательство “Триада”», 2005. – 320. – С. 71–75.

3. *Хоменко Л. О. Стоматологічне здоров'я дітей України, реальність, перспектива* / Л. О. Хоменко // Стоматологічне здоров'я – дітям України : Науковий вісник Національного медичного університету імені О. О. Богомольця. – К., 2007. – С. 11–12.

4. *Савичук Н. О. Оцінка стоматологічного статусу дітей з психоневрологічними розладами* / Н. О. Савичук,

С. О. Дзюба, Л. В. Степаненко // Сучасна стоматологія. – 2011. – № 4 (58). – 45 с.

5. *Диференційована профілактика карієсу зубів у дітей* / Н. І. Смоляр, І. О. Стадник, Е. В. Безвужко [та ін.] // Новини стоматології. – 2006. – № 1 (46). – С. 62–64.

Надійшла до редакції 23.10.2017

*Рецензент д-р мед. наук,
проф. В. І. Величко,
дата рецензії 26.10.2017*

УДК 616.314-06:[616.831+616.15+616.2+616.89-008]-084-085-036.8-053.2-0.36.86

М. А. Гавриленко

ОЦІНКА ЕФЕКТИВНОСТІ НАДАННЯ СТОМАТОЛОГІЧНОЇ ДОПОМОГИ ДІТЯМ З ІНВАЛІДНІСТЮ З ВИКОРИСТАННЯМ ЗАГАЛЬНОГО ЗНЕБОЛЮВАННЯ ЯК ЧАСТИНИ ЛІКУВАЛЬНО-ПРОФІЛАКТИЧНОГО КОМПЛЕКСУ

Для санації порожнини рота у дітей-інвалідів із захворюваннями центральної нервової системи, системи крові, органів дихання і з психічними розладами ми застосовували загальне знеболювання з штучною вентиляцією легенів, а також комплекс препаратів, які позитивно впливають на імунітет, мінералізацію зубів.

Спираючись на сучасні дослідження, у яких вказано, що лактобацили пригноблюють ріст *Str. mutans*, ми призначали у цілях профілактики карієсу зубів і захворювань пародонта пробіотичні коктейлі та пробіотики.

Вивчаючи показники приросту карієсу і редукції приросту карієсу, можна дійти висновку, що запропонований нами комплекс лікувально-профілактичних заходів продемонстрував високу ефективність при наданні стоматологічної допомоги дітям-інвалідам досліджуваних груп.

Ключові слова: діти-інваліди, загальна анестезія, зменшення карієсу, санація ротової порожнини, профілактика стоматологічних захворювань.

UDC 616.314-06:[616.831+616.15+616.2+616.89-008]-084-085-036.8-053.2-0.36.86

М. А. Gavrylenko

EVALUATION OF EFFICACY OF RENDERING DENTAL SERVICE TO INVALID CHILDREN USING GENERAL ANESTHESIA AS A PART OF TREATMENT AND PROPHYLACTIC COMPLEX

The results of the dental examination and the long experience of providing dental care under general anesthesia to children with disabilities allowed us to develop a set of treatment and prevention measures aimed at quality oral sanitation, preventing the development of complications and the prevention of diseases of hard tissues of periodontal teeth and tissues, and preventing the development of tooth-jaw abnormalities in these children, taking into account the features of the underlying disease.

The effectiveness of the proposed treatment and prevention complex consists in the fact that caries treatment and its complications were performed simultaneously, in one session, under general anesthesia. This made it possible to carry out sanitation of the oral cavity for children with disabilities in accordance with the protocols of treatment.

Key words: children-invalids, general anesthesia, reduction of caries, sanitation of the oral cavity, prevention of stomatological diseases.

УДК 614.2:61:681.03

А. Б. Бузиновський¹,

О. С. Коваленко², д-р мед. наук, проф.,

Д. М. Баязітов¹,

О. О. Буднюк³

КОНЦЕПЦІЯ ІНФОРМАЦІЙНОГО ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ПІДТРИМКИ РІШЕНЬ ХІРУРГА НА ЕТАПАХ НАДАННЯ ДОПОМОГИ ХВОРИМ

¹ Одеський національний медичний університет,

² Міжнародний науково-навчальний центр інформаційних технологій та систем НАН України та МОН України, Київ,

³ Одеська обласна клінічна лікарня

Зважаючи на високу актуальність впровадження сучасних інформаційних технологій в роботу лікувально-профілактич-

них медичних закладів, суттєвий інтерес викликає оптимізація кругообігу медичної інформації при наданні хірургічної

медичної допомоги. Причому за умов функціонування хірургічних відділень Одеської обласної клінічної лікарні (ООКЛ) подібний інформаційний обмін передбачає залучення ресурсів

© А. Б. Бузиновський, О. С. Коваленко, Д. М. Баязітов, О. О. Буднюк, 2017