

частной медицины, которая сегодня характеризуется рядом конкурентных преимуществ по сравнению с государственными медицинскими учреждениями: качеством медицинских услуг, оборудованием, широким спектром методов лечения и диагностики заболеваний, узкоспециализованными кадрами, возможностью обеспечивать постоянное обучение персонала. Выделены ключевые направления оптимизации работы частных клиник: налаживание сотрудничества с контрагентами частной клиники; оптимизация работы персонала, подбор кадров и формирование команд, оплата их труда в соответствии с законодательством; технико-технологическое обеспечение деятельности частной клиники, что предусматривает соответствие оборудования и помещения действующим правовым нормам; автоматизированные методы лабораторной диагностики, которые могут давать высокую производительность; интеграция информационных систем с государственными электронными сервисами в области здравоохранения.

Ключевые слова: реформы, здравоохранение, частные клиники, частная медицина, медицинские учреждения.

Стаття надійшла 11.01.19 р.

of reforms leads to the development of private medicine, which today a number of competitive advantages has compared to state health facilities: the quality of medical services, equipment, and a wide range of treatment and diagnosis of diseases, highly specialized personnel, and the ability to provide continuous training of staff. The key areas of optimization of the work of private clinics are identified: the establishment of cooperation with contractors of a private clinic; optimization of work of personnel, selection of personnel and formation of teams, payment of their work in accordance with the legislation; technical and technological support of the activity of a private clinic, which involves compliance of equipment and premises with the existing legal standards; automated laboratory diagnostic methods that can provide high performance; integration of information systems with state-owned electronic health services.

Key words: reforms, health care, private clinics, private medicine, medical institutions.

Рецензент Голованова І.А.

DOI 10.26724/2079-8334-2019-3-69-23-28

УДК: 616-08+616.314-77+616.31

Р.І. Вербовська

Івано-Франківський національний медичний університет, Івано-Франківськ

ЗАСТОСУВАННЯ ЛІКУВАЛЬНО-ПРОФІЛАКТИЧНОГО КОМПЛЕКСУ ПРИ ОРТОПЕДИЧНОМУ ЛІКУВАННІ ПАЦІЄНТІВ, ЯКІ ЗАСТОСОВУЮТЬ АДГЕЗИВНІ СЕРЕДНИКИ ДЛЯ ПОКРАЩЕННЯ МІКРОБІОЛОГІЧНОГО СТАТУСУ РОТОВОЇ ПОРОЖНИНИ

e-mail: tetyanadivnych@gmail.com

Потреба в ортопедичному лікуванні повними знімними протезами у вікових групах 50 років і старші становить від 23,8% до 80%. Одним із факторів, які впливають на зміни мікробіологічного статусу ротової порожнини є користування знімними пластинковими протезами, застосування для кращої фіксації їх адгезивних засобів, які негативно впливають на мікробіоценоз ротової порожнини. Пацієнтам було запропоновано лікувально-профілактичний комплекс для профілактики та лікування ускладнень від використання повних знімних пластинкових протезів із застосуванням адгезивних засобів. Результати запропонованого лікування у всіх досліджуваних групах показують позитивну динаміку і тенденцію до збільшення ступеню колонізації представників резидентної мікрофлори ротової порожнини у пацієнтів з повною відсутністю зубів після проведеного лікування.

Ключові слова: мікрофлора ротової порожнини, слизова оболонка ротової порожнини, протезне ложе, повні знімні пластинкові протези.

Робота є фрагментом НДР «Клінічна ефективність комплексного лікування захворювань твердих тканин зубів і пародонту у населення екологічно несприятливих регіонів», № державної реєстрації 0118U004144.

Згідно з даними літератури потреба в ортопедичному лікуванні повними знімними протезами у вікових групах 50 років і старші становить від 23,8% до 80% [7]. Сучасна технологія протезування дозволяє повністю відновити функції та естетичний вигляд. Але практика свідчить, що в більшості пацієнтів з'являються проблеми з фіксацією протеза [5]. Необхідність покращення фіксації при ортопедичному лікуванні повної втрати зубів за допомогою спеціальних речовин, привело дослідників до думки про створення спеціальних адгезивних засобів. Завдяки високій ефективності адгезивні креми знайшли широке застосування в практичній охороні здоров'я, завдяки чому їх промисловий випуск досягнув значних обсягів.

Мікробіологічний статус є важливим показником нормального фізіологічного стану тканин ротової порожнини. В нормі слизову оболонку ротової порожнини колонізують стрептококи, стоматококи, актиноміцети, лактобактерії, непатогенні нейсерії, фузобактерії та інші мікроорганізми. Під впливом різноманітних факторів можуть відбуватись зміни мікробіоценозу ротової порожнини, а саме, поряд з резидентною мікрофлорою (*Streptococcus salivarius*) з'являється умовно-патогенна (*Candida albicans*, ентеробактерії псевдомонади) та патогенна (*Staphylococcus aureus*, - гемолітичні стрептококи) [4].

Одним із факторів, які впливають на зміни мікробіологічного статусу ротової порожнини є користування знімними пластинковими протезами [2], які призводять в 65% випадків до розвитку протезного стоматиту. Кількість мікроорганізмів на поверхні протеза сягає $1 \cdot 10^6 - 2 \cdot 10^9$ мікробних клітин на см^2 . Відомо, що деякі групи бактерій, які населяють дану екологічну нішу, можуть володіти факторами вірулентності і можливістю викликати запальний процес слизової оболонки ротової порожнини. Мікроскопічне дослідження зішкрібів з внутрішньої поверхні базисів знімних протезів і мазків з слизової оболонки протезного ложа показало, що у пацієнтів з гіперемованою слизовою оболонкою протезного ложа майже у 90% випадків на внутрішній поверхні протеза і 60% на слизовій оболонці виявляються елементи грибів [3].

При тривалому користуванні знімними конструкціями зубних протезів мікроорганізми можуть проникати в товщу пластмаси на глибину 2-2,5мм. Найважливіша на протезі мікрофлора (як жива так і не жива) здійснює на макроорганізм місцевий і загальний вплив [6].

Деякі дослідники рекомендують регулярно використовувати адгезивні креми для фіксації повних знімних пластинкових протезів, тому що прошарок, який виникає, значно пом'якшує механічний вплив протеза на слизову оболонку і може служити одним з заходів, профілактики запальних явищ і травматичних ушкоджень протезного ложа [1]. Аналізуючи літературні джерела, ми звернули увагу на те, що при вивченні властивостей адгезивних кремів значна кількість досліджень присвячена фіксаційним властивостям даних кремів, а їх вплив на мікроорганізми ротової порожнини вивчено недостатньо.

Метою роботи була розробка лікувально-профілактичного комплексу для профілактики та лікування ускладнень від використання повних знімних пластинкових протезів із застосуванням адгезивних засобів.

Матеріал і методи дослідження. Оглянуто і проведено лікування 60 пацієнтам з повними знімними пластинковими протезами, які використовували для покращення фіксації адгезивні засоби. Сформовано 4 групи пацієнтів, кожна з яких налічувала по 15 чоловік відповідно до діагностованих ускладнень. Першу групу складали пацієнти, яким для покращення адаптації до повних знімних пластинкових протезів призначали «Ехінацею» та «Рекутан». Друга група – це пацієнти з травматичними ураженнями слизової оболонки ротової порожнини, яким призначали «Декатилен» і «Рекутан». Третя група – пацієнти з запальними ураженнями слизової оболонки ротової порожнини, яким проведено лікування медикаментозними препаратами «Гексаліз» і «Рекутан». Четверта група - пацієнти з грибковими ураженнями слизової оболонки ротової порожнини, яким для лікування було призначено «Себідин» та «Гівалекс».

Для порівняння обстежено 30 пацієнтів з дефектами зубних рядів без наявних ортопедичних конструкцій, які становлять контрольну групу.

Пацієнтам 1-ї групи «Ехінацею» призначили по 1 таблетці 2 рази на день протягом 14 днів, «Рекутан» для полоскання ротової порожнини по 1 чайній ложці на $\frac{1}{2}$ склянки теплої води 2-3 рази на добу протягом 14 днів.

Пацієнтам 2-ї групи призначали «Декатилен» по 1 таблетці 5 разів на день протягом 5 днів, «Рекутан» для полоскання ротової порожнини у 3-й групі проводилось лікування препаратом «Гексаліз» по 1 таблетці 6 разів на день протягом 10 днів, «Рекутан» для полоскання ротової порожнини. 4-й групі нами було призначено пацієнтам такі лікарські препарати як «Себідин» по 1 таблетці 5 разів на день протягом 7 днів, «Гівалекс» для полоскання ротової порожнини по 2 чайній ложці на $\frac{1}{4}$ склянки теплої води 2-3 рази на добу протягом 5 днів.

В клініці ортопедичної стоматології обстеження пацієнтів проводили по загальноприйнятій методиці, включаючи скарги пацієнтів, анамнез життя, анамнез захворювання, оцінювали дані зовнішнього огляду ротової порожнини з використанням стандартного набору стоматологічних інструментів.

Для вивчення складу мікрофлори слизової оболонки ротової порожнини у пацієнтів даної групи забір матеріалу проводили з протезного ложа (слизової оболонки коміркових відростка і частини) ватним тампоном.

Результати дослідження та їх обговорення. У пацієнтів 1-ї групи ступінь колонізації α -гемолітичного стрептококу, який є представником резидентної мікрофлори до лікування становить - $4,35 \pm 0,24 \text{ Ig КУО/см}^2$. Після призначення пацієнтам лікувальних препаратів даний показник такий: на 3-й день - $5,02 \pm 0,36 \text{ Ig КУО/см}^2$; на 7-й день - $5,54 \pm 0,32 \text{ Ig КУО/см}^2$; на 15-й день - $5,27 \pm 0,45 \text{ Ig КУО/см}^2$; на 30-й день - $5,86 \pm 0,4 \text{ Ig КУО/см}^2$. Частота висівання мікроорганізмів з поверхні протезного ложа у пацієнтів даної групи – 100%.

Ступінь колонізації *Stomatococcus* на поверхні протезного ложа до лікування рівний - $2,99 \pm 0,55$ lg КУО/см². На 3-й день запропонованого лікування результат такий - $3,37 \pm 0,47$ lg КУО/см². У наступні терміни дослідження спостерігаємо позитивну динаміку проведеного лікування: на 7-й день - $3,64 \pm 0,48$ lg КУО/см²; на 15-й день - $4,33 \pm 0,45$ lg КУО/см²; на 30-й день - $4,7 \pm 0,5$ lg КУО/см² (рис.1). Частота висівання *Stomatococcus* зростає до 92,86%.

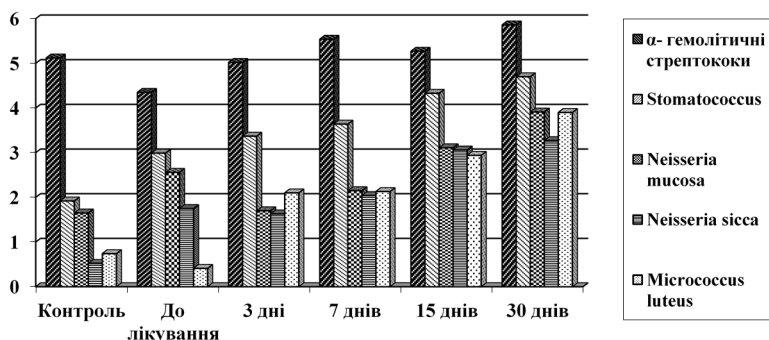


Рис. 1. Стан резидентної мікрофлори ротової порожнини у пацієнтів з повною відсутністю зубів у 1-й групі.

15-й день - $3,11 \pm 0,8$ lg КУО/см; на 30-й день - $3,91 \pm 0,8$ 5lg КУО/см² (рис.1). Частота висівання на 30-й день - 64,29%.

Ступінь колонізації представника резидентної мікрофлори *Neisseria sicca* до лікування становив - $1,75 \pm 0,58$ lg КУО/см²; на 3-й день - $1,63 \pm 0,54$ lg КУО/см²; на 7-й день - $2,04 \pm 0,69$ lg КУО/см²; на 15-й день - $3,06 \pm 0,79$ lg КУО/см² і 30-й день - $3,27 \pm 0,85$ lg КУО/см² (рис.1). Частота висівання збільшується до 57,14% протягом проведеного лікування.

Ступінь колонізації *Micrococcus luteus* на поверхні протезного ложа у пацієнтів до проведення лікування становив - $0,41 \pm 0,28$ lg КУО/см². Підвищення показників спостерігається протягом курсу лікування на 3-й день - $2,1 \pm 0,5$ lg КУО/см², 7-й день - $2,13 \pm 0,72$ lg КУО/см², 15-й день - $2,94 \pm 0,75$ lg КУО/см², на 30-й день становив - $3,9 \pm 0,8$ lg КУО/см² (рис.1). Частота висівання *Micrococcus luteus* на поверхні протезного ложа до проведення лікування - 14,29%, на 30-й день після курсу лікування становить - 64,29%.

Ступінь колонізації α-гемолітичного стрептококу на поверхні протезного ложа, у пацієнтів 2-ї групи до лікування становить - $4,57 \pm 0,24$ lg КУО/см². Результати після призначення лікувальних препаратів такі: на 3-й день - $3,96 \pm 0,21$ lg КУО/см²; на 7-й день - $4,2 \pm 0,22$ lg КУО/см²; на 15-й день - $4,86 \pm 0,33$ lg КУО/см²; на 30-й день - $5,18 \pm 0,34$ lg КУО/см² (рис.2).

Частота висівання мікроорганізмами поверхні протезного ложа у пацієнтів даної групи - 100%.

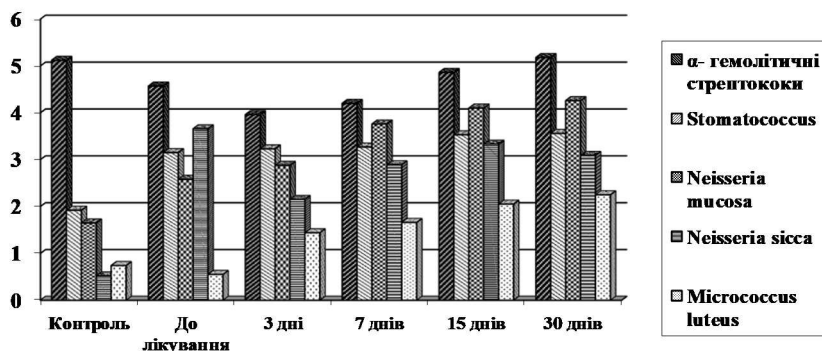


Рис. 2. Стан резидентної мікрофлори ротової порожнини у пацієнтів з повною відсутністю зубів у 2-й групі.

0,53 lg КУО/см²; на 30-й день - $3,56 \pm 0,54$ lg КУО/см². Частота висівання *Stomatococcus* зростає до 76,47%.

Ступінь колонізації *Neisseria mucosa* до лікування визначається в межах - $2,58 \pm 0,57$ lg КУО/см². На 3-й день показник - $2,88 \pm 0,69$ lg КУО/см². Тенденція до підвищення показників спостерігається: на 7-й день - $3,76 \pm 0,65$ lg КУО/см²; на 15-й день - $4,1 \pm 0,61$ lg КУО/см; на 30-й день - $4,26 \pm 0,5$ lg КУО/см² (рис.2). Частота висівання на 30-й день - 82,35% (табл.5.5).

Ступінь колонізації *Neisseria sicca* до лікування становив - $3,66 \pm 0,71$ lg КУО/см²; на 3-й день - $2,15 \pm 0,54$ lg КУО/см²; на 7-й день - $2,89 \pm 0,67$ lg КУО/см²; на 15-й день - $3,33 \pm 0,69$ lg КУО/см² і 30-й день - $3,09 \pm 0,63$ lg КУО/см² (рис. 2).

Ступінь колонізації *Neisseria mucosa* до лікування визначається в межах - $2,56 \pm 0,59$ lg КУО/см², дещо зменшилася площа обміненія протеза *Neisseria mucosa* на 3-й день - $1,7 \pm 0,48$ lg КУО/см². Позитивна динаміка запропонованого лікування спостерігається на 7-й день - $2,15 \pm 0,64$ lg КУО/см²; на

Ступінь колонізації *Stomatococcus* до лікування рівний - $3,15 \pm 0,54$ lg КУО/см². На 3-й день запропонованого лікування - $3,23 \pm 0,5$ lg КУО/см². У наступні терміни дослідження спостерігається позитивна динаміка проведеного лікування: на 7-й день - $3,27 \pm 0,49$ lg КУО/см²; (рис.2) на 15-й день - $3,53 \pm$

Ступінь колонізації *Micrococcus luteus* на поверхні протезного ложа у пацієнтів до проведення лікування становив - $0,55 \pm 0,69$ lg КУО/см². Зростання показників спостерігається протягом курсу лікування на 3-й день - $1,44 \pm 0,44$ lg КУО/см², 7-й день - $1,66 \pm 0,745$ lg КУО/см², 15-й день - $2,05 \pm 0,51$ lg КУО/см², на 30-й день становив - $2,25 \pm 0,51$ lg КУО/см² (рис.2). Частота висівання *Micrococcus luteus* на поверхні протезного ложа на 30-й день після курсу лікування становить – 58,82%. Такі результати лікування у представників резидентної мікрофлори.

У пацієнтів 3-ї групи з запальними ураженнями слизової оболонки ротової порожнини ступінь колонізації α -гемолітичного стрептококу до лікування становив - $5,26 \pm 0,27$ lg КУО/см². Після призначення пацієнтам лікувальних препаратів показник такий: на 3-й день - $3,96 \pm 0,31$ lg КУО/см²; на 7-й день - $4,26 \pm 0,28$ lg КУО/см²; на 15-й день - $5,13 \pm 0,26$ lg КУО/см²; на 30-й день - $5,81 \pm 0,27$ lg КУО/см² (рис.3). Частота висівання мікроорганізмів з поверхні протезного ложа у пацієнтів даної групи – 100%.

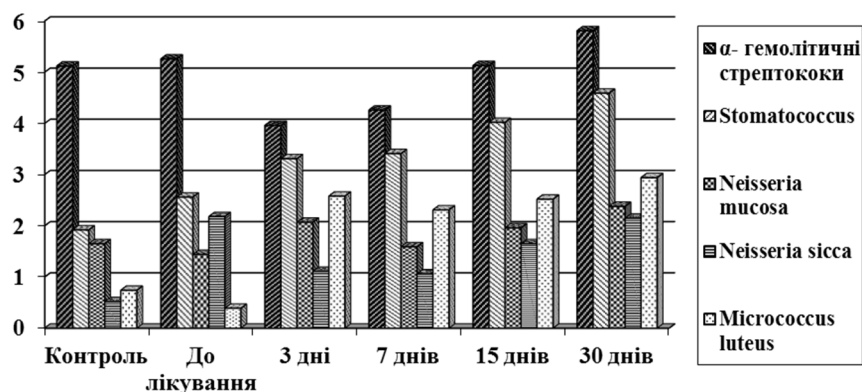


Рис. 3. Стан резидентної мікрофлори ротової порожнини у пацієнтів з повною відсутністю зубів у 3-й групі.

дослідження спостерігали позитивну динаміку проведеного лікування. Частота висівання *Stomatococcus* на 30-й день 82,35%.

Ступінь колонізації *Neisseria mucosa* до лікування визначається в межах - $1,44 \pm 0,44$ lg КУО/см². Площа обсіменіння протеза *Neisseria mucosa* зростає: на 3-й день - $2,07 \pm 0,6$ 4lg КУО/см², 7-й день - $1,59 \pm 0,5$ lg КУО/см²; 15-й день - $1,96 \pm 0,64$ lg КУО/см; 30-й день - $2,38 \pm 0,69$ lg КУО/см² після лікування (рис.3). Частота висівання зростає до 64,71%.

Ступінь колонізації *Neisseria sicca* до лікування становив - $2,18 \pm 0,68$ lg КУО/см². Під час проведення дослідження на 3-й день - $1,11 \pm 0,43$ lg КУО/см², 7-й день - $1,06 \pm 0,42$ lg КУО/см², 15-й день $1,65 \pm 0,61$ lg КУО/см² і 30-й день - $2,15 \pm 0,62$ lg КУО/см² спостерігається незначне зменшення показників(рис.3).

Ступінь колонізації *Micrococcus luteus* на поверхні протезного ложа у пацієнтів до проведення лікування становив - $0,39 \pm 0,27$ lg КУО/см². Підвищення показників спостерігається протягом курсу лікування на 3-й день - $2,58 \pm 0,5$ lg КУО/см², 7-й день - $2,31 \pm 0,43$ lg КУО/см², 15-й день - $2,52 \pm 0,5$ lg КУО/см², на 30-й день становив - $2,94 \pm 0,45$ lg КУО/см² (рис.3). Частота висівання *Micrococcus luteus* до лікування – 23,53%, на 30-й день після курсу лікування – 52,94%.

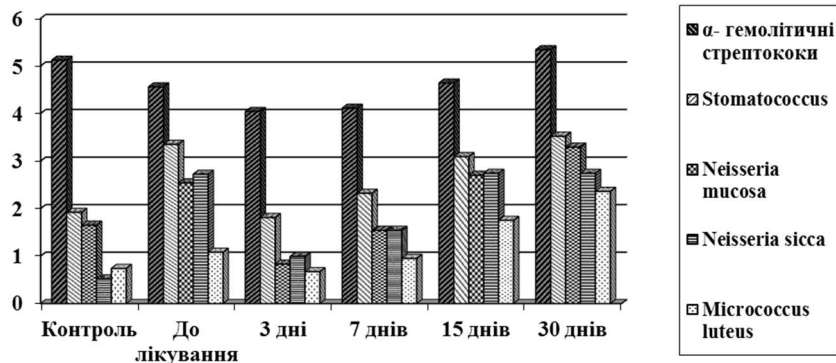


Рис. 4. Стан резидентної мікрофлори ротової порожнини у пацієнтів з повною відсутністю зубів у 4-й групі.

них препаратів такі: на 3-й день - $4,04 \pm 0,27$ lg КУО/см²; на 7-й день - $4,11 \pm 0,26$ lg КУО/см²; на 15-й день - $4,64 \pm 0,28$ lg КУО/см²; на 30-й день - $5,34 \pm 0,30$ lg КУО/см² (рис.4). Частота висівання мікроорганізмів з поверхні протезного ложа у пацієнтів даної групи – 100%.

Ступінь колонізації *Stomatococcus* на поверхні протезного ложа до лікування рівний - $2,56 \pm 0,56$ lg КУО/см². Запропоноване лікування ефективне: на 3-й день - $3,31 \pm 0,44$ lg КУО/см²; на 7-й день - $3,41 \pm 0,39$ lg КУО/см²; на 15-й день - $4,02 \pm 0,5$ lg КУО/см; на 30-й день - $4,59 \pm 0,55$ lg КУО/см² (рис.3). Під час

Ступінь колонізації α -гемолітичного стрептококу на поверхні протезного ложа, у пацієнтів 4-ї групи з грибковими ураженнями слизової оболонки ротової порожнини до лікування становить - $4,56 \pm 0,28$ lg КУО/см².

Результати після призначення лікуваль-

Ступінь колонізації *Stomatococcus* до лікування рівний - $3,35 \pm 0,67$ Іг КУО/см². У наступні терміни дослідження спостерігається позитивна динаміка проведеного лікування: на 3-й день запропонованого лікування - $1,81 \pm 0,4$ Іг КУО/см², на 7-й день - $2,32 \pm 0,43$ Іг КУО/см²; на 15-й день - $3,09 \pm 0,47$ Іг КУО/см²; на 30-й день - $3,52 \pm 0,57$ Іг КУО/см² (рис.4). Частота висівання *Stomatococcus* зростає до 82,35 %.

Ступінь колонізації *Neisseria mucosa* до лікування визначається в межах - $2,54 \pm 0,67$ Іг КУО/см². На 3-й день показник - $0,83 \pm 0,38$ Іг КУО/см². Тенденція до підвищення показників спостерігається: на 7-й день - $1,54 \pm 0,65$ Іг КУО/см²; на 15-й день - $2,7 \pm 0,6$ Іг КУО/см; на 30-й день - $3,29 \pm 0,66$ Іг КУО/см² (рис.4). Частота висівання зростає до 64,71%.

Ступінь колонізації *Neisseria sicca* до лікування становив - $2,72 \pm 0,59$ Іг КУО/см²; на 3-й день - $0,99 \pm 0,4$ Іг КУО/см²; на 7-й день - $1,54 \pm 0,56$ Іг КУО/см²; (рис.4) на 15-й день - $2,74 \pm 0,71$ Іг КУО/см² і 30-й день - $2,74 \pm 0,71$ Іг КУО/см². Частота висівання на 30-й день - 52,94%.

Ступінь колонізації *Micrococcus luteus* на поверхні протезного ложа у пацієнтів до проведення лікування становив - $1,08 \pm 0,52$ Іг КУО/см². Показники протягом курсу лікування становлять: 3-й день - $0,67 \pm 0,31$ Іг КУО/см², 7-й день - $0,95 \pm 0,38$ Іг КУО/см², 15-й день - $1,75 \pm 0,48$ Іг КУО/см², (рис.4) на 30-й день становив - $2,36 \pm 0,62$ Іг КУО/см². Частота висівання *Micrococcus luteus* на поверхні протезного ложа на 30-й день після курсу лікування становить - 52,94%.

У пацієнтів, які користуються повними знімними пластинковими протезами ступінь колонізації представників резидентної мікрофлори зменшується [3, 4]. Призначене нами лікування дало позитивну тенденцію до їх збільшення.

Висновки

1. Потреба в ортопедичному лікуванні повними знімними пластинковими протезами у вікових групах 50 років і старші становить від 23,8% до 80%.

2. Ступінь колонізації α - гемолітичного стрептококу, *Stomatococcus*, *Neisseria mucosa*, *Neisseria sicca*, *Micrococcus luteus* як представників резидентної мікрофлори на поверхні протезного ложа у пацієнтів з повною відсутністю зубів 2-ї, 3-ї, 4-ї груп після проведеного лікування має тенденцію до їх збільшення.

Список літератури

1. Abbasova NG. Morfologicheskiye aspekty vzaimodeystviya syemnykh plastinchnykh protezov so slizistoy obolochkoy polosti rta. Stomatologiya dlya vseh. 2010; 3:28-30. [in Russian]
2. Leshchuk YeS. Eksperymentalne doslidzhennya mekhanichnykh vlastyivostey spoluchennya bazysnoyi ta elastichnoyi plastmas. Ukrayinskyi stomatolohichnyi almanakh. 2011; 6:9-14. [in Ukrainian]
3. Martynenko IM. Klinichne rozvyazannya problem fiksatsiyi povnykh znimnykh proteziv. Ukrayinskyi stomatolohichnyi almanakh. 2013; 1:65-67. [in Ukrainian]
4. Mykhalenko TM. Osoblyvosti zubnykh past dlya patsiyentiv zi znimnyy konstruksiyamy zubnykh proteziv z ohlyadu na yikhnyu protymikrobnu aktyvnist. Ukrayinskyi stomatolohichnyi almanakh. 2013; 5:54-59. [in Ukrainian]
5. Nidzelskyi MYa. Rezultaty vyprobuvannya bazysnykh akrylovykh plastmas shchodo yikh skhylnosti do zaselennya umovno-patohennyy mikrohanizmy. Ukrayinskyi stomatolohichnyi almanakh. 2010; 5:27-28. [in Ukrainian]
6. Sadovskiy VV. Effektivnost primeneniya stomatologicheskikh geley dlya ekranirovaniya syemnykh zubnykh protezov. Stomatologiya dlya vseh. 2013; 2:54-56. [in Russian]
7. Safarov AM. Sostoyaniye slizistoy obolochki proteznogo lozha pri syemnom protezirovani. Vesnik stomatologii. 2010; 2:121-123. [in Russian]

Реферати

ПРИМЕНЕНИЕ ЛЕЧЕБНО-ПРОФИЛАКТИЧЕСКОГО КОМПЛЕКСА ПРИ ОРТОПЕДИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ ПАЦИЕНТОВ, ПРИМЕНЯЮЩИХ АДГЕЗИВНЫЕ СРЕДСТВА ДЛЯ УЛУЧШЕНИЯ МИКРОБИОЛОГИЧЕСКОГО СТАТУСА ПОЛОСТИ РТА
Вербовская Р.И.

Потребность в ортопедическом лечении полными съёмными протезами в возрастных группах 50 лет и старше составляет от 23,8% до 80%. Одним из факторов, влияющих на изменения микробиологического статуса полости рта является пользования съёмными пластиночными протезами, применение для лучшей фиксации их адгезивных средств, которые негативно влияют на микробиоценоз полости рта. Пациентам было предложено лечебно-профилактический комплекс для профилактики и лечения осложнений от использования полных съёмных пластиночных протезов с применением адгезивных средств. Результаты запронованого лечения во всех исследуемых

THE USE OF THERAPEUTIC AND PROPHYLACTIC COMPLEX IN ORTHOPEDIC PATIENTS USING ADHESIVE MEANS TO IMPROVE THE MICROBIOLOGICAL STATUS OF THE ORAL CAVITY
Verbovska R.I.

The need for orthopedic treatment for complete removable dentures in the age group 50 years and older ranges from 23.8% to 80%. One of the factors that influence changes in the microbiological status of the oral cavity is the use of removable plate prostheses, the use for better fixation of their adhesive agents, which negatively affect the microbiocenosis of the oral cavity. Patients were offered a treatment-and-prophylactic complex for the prevention and treatment of complications from the use of complete removable plate prostheses using adhesive agents. The results of the proposed treatment in

группах показывают положительную динамику и тенденцию к увеличению степени колонизации представителей резидентной микрофлоры полости рта у пациентов с полным отсутствием зубов после проведенного лечения.

Ключевые слова: микрофлора ротовой полости, слизистая оболочка ротовой полости, протезное ложе, полные съемные пластинчатые протезы.

all study groups show a positive dynamics and a tendency to increase the degree of colonization of representatives of the resident microflora of the mouth in patients with complete absence of teeth after treatment.

Key words: oral microflora, oral mucosa, prosthetic bed, complete removable plate prostheses.

Стаття надійшла 8.11.18 р.

Рецензент Ткаченко П.І.

DOI 10.26724/2079-8334-2019-3-69-28-34

УДК 616.053.2:616.-002.5

О.П. Волосовець, С.П. Кривоустов, А.О. Волосовець¹

Національний медичний університет імені О.О. Богомольця, Київ

¹ Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л. Шупика, Київ

ДИНАМІКА ПОШИРЕНOSTІ ТА ЗАХВОРЮВАНOSTІ НА НОВОУТВОРЕННЯ ДИТЯЧОГО НАСЕЛЕННЯ УКРАЇНИ ПІСЛЯ ЧОРНОБИЛЬСЬКОЇ КАТАСТРОФИ

e-mail: avolosovets@gmail.com

Протягом 1994-2017 рр. в Україні має місце високий темп приросту захворюваності дітей на новоутворення (+162,3%) та поширеності новоутворень у дитячого населення (+211,7%). В усіх 9 областях з територіями радіоекологічного контролю відзначались вищі за загальнодержавні показники захворюваності дитячого населення на новоутворення та їх поширеності, за винятком показників поширеності у дітей Житомирської області та захворюваності на новоутворення у дітей Волинської та Чернігівської областей. За останні 23 роки різниця у захворюваності на новоутворення між дітьми з областей з ТРК та іншими областями збільшилась до 36,6%, а у порівнянні із загальнодержавним показником різниця зросла на 23,5%. Показник смертності від новоутворень дітей, потерпілих внаслідок аварії на ЧАЕС, перевищував загальнодержавний показник смертності дітей від злоякісних новоутворень включно до 2010 року. Потім спостерігалась зворотня динаміка, а у 2016 році смертність від новоутворень дітей, потерпілих від аварії на ЧАЕС, знову дещо перевищувала загальнодержавний показник.

Ключові слова: діти, захворюваність, новоутворення, ЧАЕС.

Робота є ініціативною.

Визначення того, яка частина захворювань являється наслідком багатofакторного впливу Чорнобильської катастрофи на організм людини — вельми складне завдання для медицини і статистики. Greenpeace та міжнародна організація «Лікарі проти ядерної війни» стверджують, що в результаті аварії лише серед ліквідаторів померли десятки тисяч чоловік. В Європі зафіксовано 10 000 випадків вроджених аномалій у новонароджених, 10 000 випадків раку щитоподібної залози і очікується ще 50 тисяч. За даними організації Союз «Чорнобиль», з 600 000 ліквідаторів 10 % померло і 165 000 стало інвалідами [11]. Необхідно зазначити, що якщо в перші роки (1987-1992 рр.) показники захворюваності постраждалих дітей не перевищували показники захворюваності не постраждалих дітей в Україні, то з 1993 року захворюваність потерпілих перевищує захворюваність дітей в Україні [6-9].

На жаль, Україна знаходиться у загальносвітовому тренді зростання кількості новоутворень у дітей (НУД). Середньорічні темпи приросту смертності від новоутворень значно вищі у радіоактивно забруднених районах Київської, Житомирської і Чернігівської областей [1-3,6,8]. Як вказує у своїх дослідженнях Тронько М.Д. [1,3] після вибуху на ЧАЕС внаслідок випадання ізотопів радіоактивного йоду (переважно I-131) найбільше постраждало населення північних областей: Чернігівської, Київської, Житомирської, Рівненської і Черкаської, де зареєстровано 60% випадків раку щитовидної залози, з них найбільш постраждала Чернігівська область [2,4].

Метою роботи було вивчити зміни захворюваності та поширеності новоутворень серед дитячого населення областей України з територіями радіоекологічного контролю, дітей потерпілих внаслідок аварії на ЧАЕС за останні 23 роки.

Матеріал і методи дослідження. Проведено аналіз захворюваності та поширеності НУД, які проживають у 9 областях з територіями радіоекологічного контролю (ТРК) у часовому аспекті та з урахуванням територіальних особливостей. Використовувались методи статистичного оцінювання, епідеміологічного аналізу матеріалів Центру медичної статистики МОЗ України за останні 23 роки. Аналізувались показники захворюваності та поширеності НУД та тенденції у його змінах у областях з ТРК: Вінницькій, Волинській, Івано-Франківській, Київській, Рівненській,