

Результати: нами були обстежені діти віком від 7 до 16 років, що знаходяться на стаціонарному лікуванні в дитячому відділенні Кіровського будинку інвалідів Орехівського району Запорізької області. Розповсюдженість карієсу склала 85%, що відповідає високому рівню інтенсивності. Розповсюдженість захворювань пародонту склала 100% при індексі гігієни - 2,4. Після обстеження нами був проведений урок гігієни з закріпленням навиків за допомогою метода контрольованої чистки. Для контролю ефективності чистки зубів ми використовували карієс – детектор, який дозволяє дітям швидко та легко побачити розташування зубного нальоту. Його цікаво використовувати і також він мотивує дітей до чищення і відповідно догляду за зубами. Після закріплення гігієнічних навиків по догляду за порожниною рота, ми повторно провели індексну оцінку гігієни порожнини рота і отримали результат – 2,0.

Таким чином, в ході стоматологічного дослідження нами було виявлено наступні види стоматологічних патологій, а саме: каріозні процеси в твердих тканинах зубів, захворювання пародонту, на фоні незадовільної гігієни порожнини рота, що пов'язана, в першу чергу з низьким рівнем знань стосовно правил та методів догляду за порожниною рота.

Висновки:

1) Використання традиційних методів дослідження гігієни порожнини рота викликає труднощі під час огляду дітей с захворюваннями ЦНС, та є недостатньо ефективними.

2) Для дітей, що знаходяться на лікуванні в будинку-інтернаті необхідно розробити план профілактичних заходів з урахуванням особливостей фізичного та розумового розвитку вихованців.

3) Доведено ефективність доповнення уроків гігієни порожнини рота етапом чистки під контролем лікаря, адже саме така форма подачі матеріалу з цікавістю сприймається дітьми з особливими потребами.

Чугунов В.В., Семенов Д.М.

ПРОТОКОЛ МЕДИКО-ПСИХОЛОГІЧНОГО СУПРОВОДУ ХВОРИХ, ЩО ПЕРЕНЕСЛИ ОПЕРАТИВНІ ВТРУЧАННЯ З ПРИВОДУ УШКОДЖЕНЬ ЩЕЛЕПНО-ЛИЦЬОВОЇ ДІЛЯНКИ

Ушкодження щелепно-лицьової ділянки посідають значне місце в структурі стоматологічної допомоги в Україні, відомо, що сама наявність щелепно-лицьового дефекту, а надто – необхідність звертання за хірургічною допомогою з цього приводу супроводжується складним комплексом патологічних особистісних реакцій, переживань, значним зростанням психоемоційного навантаження та підвищенням рівню невротизації. Деформації щелепно-

лицьової ділянки нерідко спричиняють значні естетичні дефекти, що пов'язано зі фізичним та психологічним дискомфортом, через що погіршують якість життя та рутинного функціонування, стають причиною інвалідизації. Психоемоційні розлади у зазначеній групі пацієнтів розглядаються у контексті підвищеної сенситивності до фізичних та психічних подразників, емоційної лабільності, проявів психастенічного кола.

На основі дослідження психоемоційних особливостей 40 хворих, що перенесли оперативні втручання з приводу травматичних уражень щелепно-лицьової ділянки було розроблено 3х етапний протокол психологічного супроводу, що передбачає 6 сеансів співбесіди лікаря-стоматолога з хворим у післяопераційному періоді. Тривалість кожного сеансу складає 15 – 30 хвилин, та послідовно реалізує задачу нормалізації психологічного стану хворого та його психологічну реабілітацію.

Перший етап – *алгоцентрований*, що реалізується у 1 та 2 сеанси, у рамках даного етапу лікар проводить асоціацію між швидкістю відновлення тканин та больовим синдромом, акцентуючи увагу на тому, що больовий синдром є ознакою функціонування нервових зв'язків та свідчить про адекватну чутливість тканин. Метою даного етапу є нормалізація психічного реагування хворого на біль.

Другий етап – *естетикоцентрований*, що реалізується у 3 та 4 сеанси, на даному етапі лікар роз'яснює механізми загоєння операційної рани, демонструє схему пластичних прийомів проведеного оперативного втручання. При наявних естетичних дефектах, лікар пояснює план можливих пластичних операцій, акцентуючи увагу на тому, що період життя з естетичним дефектом не буде тривалим.

Третій етап – *анксіоцентрований*, що реалізується у 5 та 6 сеанси, на цьому етапі лікар просить хворого розповісти свої побоювання щодо перенесеної травми та оперативного втручання. Лікар розвіює ірраціональні страхи хворого шляхом апеляцій до свого досвіду та наочних демонстрацій, розповідає подальший план реабілітації.

За результатами проведеного компаративного дослідження 20 хворих, що пройшли протокол психологічного супроводу (основна група – ОГ) та 20 хворих, що отримували стандартну терапію (контрольна група – КГ), з використанням Особистісного опитувальника Бехтерівського інституту, було встановлено, що хворі ОГ достовірно частіше демонстрували гармонійний (45%) та ергопатичний (35%) типи відношення до хвороби, в той час, коли хворі КГ – тривожний (40%) та неврастенічний (35%) типи.