

ПРИНЦИПИ НАДАННЯ СТОМАТОЛОГІЧНОЇ ДОПОМОГИ ДІТЯМ З ВРОДЖЕНИМИ ВАДАМИ РОЗВИТКУ ЩЕЛЕПНО-ЛИЦЕВОЇ ДІЛЯНКИ НА ЕТАПАХ ЛІКУВАННЯ ТА РЕАБІЛІТАЦІЇ

Національна медична академія післядипломної освіти імені П. Л. Шупика (м. Київ)

***Консультативно-діагностична поліклініка Національної дитячої спеціалізованої лікарні
«ОХМАТДИТ» (м. Київ)**

itrubka@ukr.net

Результати дослідження є фрагментом НДР кафедри стоматології дитячого віку ІС НМАПО імені П. Л. Шупика МОЗ України «Вивчення факторів ризику стоматологічних захворювань у дітей і осіб молодого віку та розробка профілактичних і лікувальних програм», № державної реєстрації 0113U002211.

Вступ. В Україні щорічно народжується понад 600 дітей з вродженими вадами щелепно-лицевої ділянки (1:600–1:700 пологів), в тому числі 400-450 – із вродженим незрощенням верхньої губи та піднебіння [5]. В структурі вроджених вад розвитку щелепно-лицевої ділянки (ЩЛД) одне з провідних місць за поширеністю та тяжкістю анатомо-функціональних порушень у дітей займає незрощення верхньої губи та піднебіння [1]. Наявність поєднаної стоматологічної патології у даної групи пацієнтів потребує сумісних зусиль та співпраці лікарів різних профілів для впровадження комплексу заходів, які спрямовані на поліпшення стоматологічного здоров'я дітей з вадами розвитку зубо-щелепного комплексу (ЗЩК) [2,4].

В процесі реабілітації дітей даної категорії зайнята багатопрофільна команда фахівців, а саме лікарі: педіатри, оториноларингологи (фоніатри), логопеди, психологи, психоневрологи, стоматологи-хірурги, ортоданти і дитячі стоматологи. Високі показники поширеності та інтенсивності карієсу зубів і хвороб пародонту у дітей з вродженими вадами розвитку ЩЛД вказують на необхідність створення чітких алгоритмів надання комплексної стоматологічної лікувально-профілактичної допомоги на поліклінічному етапі реабілітації пацієнтів з даною патологією. Проблема підвищення якості профілактики та лікування основних стоматологічних хвороб у дітей даного контингенту залишається актуальною та остаточно не вирішеною [3,4,6,7].

Мета дослідження – підвищення ефективності профілактики стоматологічних захворювань у дітей з вродженими вадами розвитку ЩЛД з урахуванням міждисциплінарного підходу, заснованих на принципах комплексного динамічного спостереження на різних етапах лікування та реабілітації.

Об'єкт і методи дослідження. Під динамічним наглядом в консультативно-діагностичній поліклініці Національної дитячої спеціалізованої лікарні (НДСЛ) «Охматдит» на даний період перебувало понад 360 дітей з вродженими незрощеннями верхньої губи, піднебіння та альвеолярного паростка (структура вад ЩЛД у дітей наведена у **табл. 1**).

За участю фахівців стоматологічного відділення створено клінічний маршрут пацієнта, який відображає етапи та зміст реєстрації, обстеження та лікування дітей з вадами розвитку ЗЩК у консультативно-діагностичній поліклініці (КДП) та на етапах хірургічного стаціонарного лікування в НДСЛ «Охматдит».

Наказом №89 НДСЛ «Охматдит» від 24.09.2012 р. «Про затвердження локальних протоколів медичної допомоги» були створені та затверджені адаптовані локальні клінічні протоколи надання медичної допомоги дітям з діагнозом «щілина губи (Q036)», «щілина піднебіння (Q035)» та «щілина піднебіння і губи (Q037)». Для підвищення мотивації батьків дітей з вадами ЩЛД до спільної співпраці на етапах післяопераційної реабілітації зусиллями фахівців стоматологічного відділення КДП «Охматдит» розроблені спеціальні «Пам'ятки для батьків дітей з вродженими вадами ЩЛД».

Метою першого початкового етапу динамічного нагляду (до оперативних втручань) є підготовка дітей з вродженими незрощеннями верхньої губи, альвеолярного відростка, твердого та м'якого піднебіння. На цьому етапі дітям з ознаками вроджених вад розвитку ЩЛД в умовах консультативно-діагностичної поліклініки НДСЛ «Охматдит» проводиться поглиблене амбулаторне клініко-лабораторне обстеження та підготовка до хірургічного лікування в умовах стаціонару НДСЛ «Охматдит» із залученням до консультації лікарів: педіатра, оториноларинголога, логопеда, психолога, психоневролога, генетика, стоматолога-хірурга, ортодонта, дитячого стоматолога. За потреби консультативно-лікувальну допомогу дитина може отримати від інших фахівців КДП НДСЛ «Охматдит».

Структура вроджених вад розвитку щелепно-лицевої ділянки у дітей

Вид вродженої вади розвитку ЩЛД	Вік (роки)/кількість дітей								Усього дітей	
	до 3 років		3 – 6 років		7 – 12 років		12 – 15 років			
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс. к-сть	%
Вроджене двохстороннє незрощення верхньої губи, альвеолярного паростка, твердого і м'якого піднебіння	5	1,4	9я	2,5	38	10,5	36	10	88	24,4
Вроджене одностороннє незрощення верхньої губи, альвеолярного паростка, твердого і м'якого піднебіння	16	4,4	23	6,4	63	17,5	23	6,4	125	34,6
Вроджене незрощення м'якого піднебіння	5	1,4	12	3,3	14	3,9	7	1,9	38	10,5
Вроджене незрощення м'якого і твердого піднебіння	6	1,7	28	7,8	19	5,3	2	0,6	55	15,2
Вроджене одностороннє незрощення верхньої губи і альвеолярного паростка	10	2,8	15	4,2	21	5,8	2	0,6	48	13,3
Вроджене двохстороннє верхньої губи і альвеолярного паростка	–	–	5	1,4	1	0,3	1	0,3	7	2
Усього	42	11,6	92	25,5	156	43,2	71	19,7	361	100

Спеціальна стоматологічна підготовка дітей з вадами розвитку ЩЛД до хірургічних втручань є обов'язковою. В стоматологічному відділенні при первинному відвідуванні дитини консультативно-лікувальна допомога проводиться хірургом-стоматологом, дитячим стоматологом, ортодонтом за обов'язковою участю оперуючого хірурга-стоматолога стаціонару НСДЛ «Охматдит» і полягає у складанні плану підготовки до оперативних втручань з визначенням термінів хірургічного лікування та плану подальшої амбулаторної реабілітації в післяопераційний період.

Обсяг допомоги дитячого стоматолога полягає у детальному обстеженні дитини і, в разі потреби, наданні необхідної лікувально-профілактичної допомоги щодо усунення факторів ризику виникнення стоматологічних захворювань зубів, тканин слизової оболонки порожнини рота (СОПР) і пародонту. Тим дітям, у яких виявлені стоматологічні захворювання, що несуть загрозу хроніосепсису чи ендокардиту проводять невідкладні санаційні заходи за участю дитячого стоматолога та стоматолога-хірурга. Особлива увага приділяється гігієнічному навчанню догляду за ротовою порожниною дитини (формування та корекція навичок чищення зубів, контрольована чистка зубів, вибір раціональних засобів індивідуальної гігієни). При необхідності складається індивідуальний план профілактики стоматологічних захворювань.

Ортодонтична допомога є надзвичайно важливою на всіх етапах оперативного лікування і реабілітації дитини, з раннього віку до її повноліття, коли повністю завершується період росту і розвитку щелепно-лицевого скелету. Патологія прикусу є значним фактором ризику карієсу, його ускладнень та хвороб пародонту. Ортоданти працюють над відновленням морфології, функції та естетики зубо-щелепного комплексу. Лікарем-ортодонтом здійснюється визначення стану прикусу дитини, оцінка діагностичних моделей щелеп, вибір типів

функціонально-формуючих апаратів, корекція етапів ортодонтичного лікування. Ортодонт надає рекомендації батькам щодо особливостей харчування дітей з даною патологією. Іноді, для полегшення виховування дитини у перші дні життя виникає потреба у виготовленні індивідуального обтуратора, з відповідною віковою корекцією (або повторним виготовленням нового).

Другий етап – стаціонарне хірургічне лікування дітей з вродженими незрощеннями верхньої губи, альвеолярного відростка, твердого та м'якого піднебіння включає планування оперативних втручань з визначенням етапів, термінів і методик їх проведення. Етапність та строки хірургічного лікування визначається в залежності від виду вродженої вади ЩЛД, віку та загально-соматичного стану пацієнтів.

Одностороння хейлоринопластика, як правило, проводиться дітям у віці 3-6 місяців; двохстороння хейлоринопластика – в 4-7 міс.; стафілопластика – у віці 9-12 міс.; ураностафілопластика – у віці 12-18 міс.; реконструктивна хейлоринопластика при вторинних деформаціях верхньої губи і носа – у 3-8 річному віці; остеопластика альвеолярного відростка – в 7-11 років; відкрита ринопластика – в 14-17 річному віці.

Реабілітаційний лікувально-профілактичний комплекс, що розпочинається під час стаціонарного хірургічного лікування (ретельний догляд за раного, медикаментозний супровід, фізіотерапевтичні процедури, ЛФК, загально зміцнююча терапія, логотерапія, психологічна корекція, ортодонтична реабілітація, стоматологічний хірургічний і терапевтичний нагляд) успішно продовжується в амбулаторних умовах КДП НСДЛ «Охматдит», куди і спрямовуються прооперовані пацієнти для проходження динамічного нагляду профільними спеціалістами до повної реабілітації та досягненні ними 18-річного віку.

Під час третього етапу (в післяопераційному періоді) діти з вродженими вадами розвитку ЩЛД потребують періодичних амбулаторних оглядів і лікування

Таблиця 2
Результати обстеження дітей з вродженими вадами розвитку щелепно-лицевої ділянки

Назва	Діти (вікові групи) /рівень ураження			
	до 3 років	3 – 6 років	7 – 12 років	12 – 15 років
Поширеність карієсу	31,0%	87,0%	90,0%	100%
Інтенсивність карієсу	0,78 (кп)	5,1 (кп – 4,8 + КПВ – 0,26)	5,6 (кп – 4,15 + КПВ – 1,45)	5,27 (КПВ)
Компенсований перебіг карієсу	3,0%	48,0%	50,0%	45,5%
Субкомпенсований перебіг карієсу	5,0%	30,0%	22,0%	45,5%
Декомпенсований перебіг карієсу	92,0%	22,0%	28,0%	9,0%
Гіпоплезія емалі зубів	20,4%	9,6%	32,0%	35,0%
Висока тягучість слини	47,0%	56,0%	55,0%	36,0%
Кисла реакція ротової рідини	11,0%	16,0%	15,0%	27,0%
Незадовільний рівень гігієни порожнини рота	33,0%	42,0%	35,0%	45,5%
Хронічний катаральний гінгівіт	22,0%	13,0%	25,0%	18,0%
Ексфолювативний хейліт	33,0%	61,0%	65,0%	64,0%
Ангулярний хейліт	2,0%	7,4%	5,0%	18,0%
Порушення функції дихання	33%	19%	30%	45,0%
Порушення функції жування	58,0%	6,0%	20,0%	15,0%
Порушення функції мови	-	74,0%	45,0%	36,0%
Шкідлива звичка (облизання та смокання губ і язика) гризіння олівців і ручок	66,0%	55,0%	60,0%	36,0%
Мілкий присінок порожнини рота	-	55,0%	56,0%	37,0%
Аномалії прикріплення вуздечок верхньої губи	47,0%	44,5%	45,0%	28,5%
Аномалії форми та прикріплення вуздечок нижньої губи	27,0%	48,0%	55,0%	42,0%
Аномалії форми та прикріплення вуздечок язика	67,0%	39,0%	-	-
Порушення термінів прорізування зубів	44,0%	39,0%	40,0%	36,0%
Первинна адентія	12,0%	15,0%	10,0%	18,0%
Надкомплектні зуби	-	-	-	23,0%
Аномалії положення зубів	-	32,0%	35,0%	64,0%
Мезіальна оклюзія	11,0%	26,0%	10,0%	18,0%
Дистальна оклюзія	11,0%	3,0%		
Глибокий прикус	22,0%	23,0%	40,0%	36,0%
Відкритий прикус	22,0%	7,0%	-	-
Латеральний односторонній прикус	11,0%	35,0%	у 25,0%	у 27,0%
Латеральний двосторонній прикус	-	13,0%	30,0%	18,0%

у спеціалістів КДП НСДЛ «Охматдит». Як і на першому етапі динамічного спостереження, дітям з вродженими незрощеннями верхньої губи, альвеолярного відростка, твердого та м'якого піднебіння надають необхідну консультативно-лікувальну допомогу педіатри, оториноларингологи, логопеди, психологи, психоневрологи, хірурги-стоматологи, ортоданти, дитячі стоматологи та за потребою інші спеціалісти. На цьому етапі важливим є проведення поглибленого клінічного стоматологічного обстеження дітей з вродженими вадами розвитку ЩЛД, що включає глибокий аналіз даних анамнезу і катамнезу, діагностику активності карієсу, некаріозних уражень, визначення наявних факторів карієсогенності (тягучість слини та рівень рН ротової рідини, стан гігієнічного догляду за порожниною рота), вогнищ демінералізації твердих тканин зубів, факторів ризику розвитку захворювань СОПР та пародонту (глибина присінку порожнини рота, наявність аномалій форми та локалізації прикріплення вуздечок губ і язика, деформації прикусу), типу дихання, характеру жування та ковтання, наявності ознак порушення мови і термінів прорізування зубів, шкідливих звичок та порушених функцій.

Ортодонтична допомога в амбулаторних умовах дітям з окремими видами хірургічного втручання має свої особливості. Ортодонтичне лікування дітей після хейлопластики спрямовується на відновлення функції колового м'яза рота, профілактику формування деформації верхньої щелепи. Ортодонтична корекція мікрогнатії та ретрогнатії верхньої щелепи у дітей розпочинається з 2-річного віку з використанням міофункціональної апаратури, з досягненням дитиною 5-6 років лікування продовжується індивідуальними апаратами у поєднанні з міофункціональною апаратурою.

Результати досліджень та їх обговорення. У відповідності до угоди про співпрацю між кафедрою стоматології дитячого віку Інституту Стоматології НМАПО імені П. Л. Шупика та НСДЛ «Охматдит» проводиться спільна робота з удосконалення рівня лікувально-профілактичного забезпечення процесу динамічного нагляду дітей з вродженими вадами ЩЛД. В умовах стоматологічного відділення КДП НСДЛ «Охматдит» було здійснено поглиблене клінічне стоматологічне обстеження 160 дітей, що перебувають на диспансерному спостереженні. Дані поглибленого стоматологічного обстеження дітей з вродженими вадами розвитку ЩЛД окремих вікових періодів представлені в таблиці 2.

У дітей з вродженими вадами розвитку ЩЛД різних вікових груп було діагностовано

одночасне поєднання декількох ризик-факторів (в середньому більше, ніж 4), що є вкрай несприятливим, таким що сприяє швидкому розвитку та прогресуванню стоматологічних захворювань.

Проблемним для даної категорії дітей виявилось питання якісного виконання правил індивідуальної гігієни порожнини рота, яке найчастіше пов'язане з відсутністю необхідних знань, навичок та вибором нераціональних засобів гігієнічного забезпечення. Виходячи з цих обставин, стоматологічна санітарна освіта, гігієнічне навчання та виховання дітей з вадами розвитку ЗЩК у першу чергу мають бути спрямовані на підвищення рівня знань та формування правильних навичок щодо гігієни харчування та догляду за порожниною рота, ретельний підбір зручних та ефективних індивідуалізованих засобів ротової гігієни. Корекцію навичок догляду за зубами маленьких пацієнтів доцільніше проводити з використанням тренінгових моделей та відеоматеріалів.

Важливою складовою стоматологічної профілактики є аналіз харчового щоденника з наступною корекцією характеру харчування дитини. В осінньо-весняний період актуальним є призначення полівітамінних кальцієвмісних комплексів та пробіотиків після узгодження з педіатром, ендокринологом, гастроентерологом, дієтологом.

Для локальної ремінералізуючої терапії доцільним є використання сучасних стоматологічних матеріалів та засобів із високою лікувально-профілактичною дією (ремінералізуючі кальцій- та фторвмісні розчини, лаки, муси, гелі), герметизація фісур зубів.

Профілактичне глибоке фторування емалі та дентину є основою попередження вторинного карієсу при лікуванні гострих форм цього захворювання. Обробку твердих тканин зубів для ефективного їх захисту доцільно проводити спеціальними препаратами для глибокого фторування.

При герметизації та профілактичному пломбування фісур зубів тимчасового прикусу нами рекомендовано використання склоіономерних цементів (СІЦ). Стійкий та тривалий профілактичний ефект СІЦ-герметизації, в свою чергу, забезпечує високий рівень (до 80-90%) редукції карієсу, що триває упродовж двох років, навіть після стирання чи втрати матеріалу. Використання карієс маркерів та СІЦ покращує точність діагностики та сприяє ощадливому

малоінвазивному лікуванню. У постійному прикусі доцільним є застосування компомерних матеріалів із самопротравлюючими адгезивними системами.

Висновки.

1. Приоритетним завданням профілактики стоматологічних хвороб у дітей з вродженими вадами розвитку ЩЛД зменшення інтенсивності та поширеності карієсу зубів, зниження питомої ваги уражень тканин пародонту і СОПР, усунення ризику формування деформацій прикусу.

2. Високі показники поширеності (87,0 – 100%), інтенсивності карієсу (5,1 у віці 3-7 років і 5,27 у 12-15 річних), наявність одночасного поєднання багатьох факторів ризику стоматологічних захворювань, виявлених у дітей з вродженими вадами розвитку ЩЛД є підґрунтям проведення комплексних профілактичних та реабілітаційних заходів.

3. Комплексні схеми реабілітації дітей з вродженими незрощеннями верхньої губи та піднебіння мають базуватися на використанні сучасних профілактичних методів та засобів, що сприяють поліпшенню стоматологічного та загально соматичного здоров'я дітей та узгодженій командній роботі фахівців: лікаря-стоматолога дитячого, хірурга-стоматолога, ортодонта, педіатра, оториноларинголога, логопеда, психоневролога та інших.

4. До переліку обов'язкових екзогенних лікувально-профілактичних методів мають входити: герметизація фісур, глибоке фторування зубних тканин, використання сучасних стоматологічних матеріалів з високою лікувально-профілактичною дією, таких як СІЦ і компомери.

5. Санація порожнини рота має здійснюватися з індивідуальною кратністю, що базується на принципах стоматологічної диспансеризації.

Перспективи подальших досліджень полягають у продовженні динамічного нагляду за дітьми з вродженими вадами розвитку ЩЛД для вивчення ефективності впровадження комплексних профілактичних та реабілітаційних заходів. Комплексні схеми реабілітації будуть базуватися на використанні сучасних профілактичних методів та засобів, що сприяють поліпшенню стоматологічного та загальносоматичного здоров'я дітей з урахуванням факторів ризику виникнення та прогресування набутих стоматологічних хвороб.

Література

1. Давыдов Б. Н. Основные принципы комплексного подхода в лечении больных с врожденными расщелинами / Б. Н. Давыдов, В. Г. Лавриков, А. В. Зернов // *Детская стоматология*. – 2002. – № 3–4. – С. 18–20.
2. Дрогомирецька М. С. Хірургічне та ортодонтичне лікування дітей з вродженими незрощеннями верхньої губи, альвеолярного відростка, твердого та м'якого піднебіння / М. С. Дрогомирецька, Н. А. Тетруєва, В. О. Тимохіна [та ін.] // *Український ортодонтичний конгрес «Новітні технології в ортодонтії»*. – Київ, 2013. – С. 66–72.
3. Елизарова В. М. Стоматологическое здоровье детей с врожденными расщелинами губы и неба / В. М. Елизарова, В. Д. Щеглова, А. Е. Анурова, Е. С. Бояркина // *Врожденная и наследственная патология головы, лица и шеи у детей: актуальные вопросы комплексного лечения: Материалы II Всерос. науч. – практ. конф.* – М. : МГМСУ, 2006. – С. 207–209.
4. Савичук Н. О. Стоматологический статус детей с врожденными пороками развития челюстно-лицевой области / Н. О. Савичук, К. А. Парпалей, Л. В. Бондаренко [и др.] // *Современная стоматология*. – 2012. – № 5. – С. 38–42.
5. Харьков Л. В. Пути совершенствования оказания помощи детям с врожденными заболеваниями челюстно-лицевой области, находящимся в домах ребенка Украины / Л. В. Харьков, И. Л. Чехова, Н. В. Киселева // *Современная стоматология* – 2005. – № 3. – С. 100–104.

6. Чуйкин С. В. Особенности лечения кариеса зубов у детей с врожденной расщелиной губы и неба. Врожденная и наследственная патология головы, лица и шеи у детей: актуальные вопросы комплексного лечения / С. В. Чуйкин, Ю. В. Андрианова, А. А. Колесник // Материалы III Всерос. науч. –практ. конф. – М. : МГМСУ, 2009. – С. 338–339.
7. Шакирова Р. Р. Профилактика стоматологических заболеваний на этапе первичной медицинской помощи детям с врожденной челюстно-лицевой патологией / Р. Р. Шакирова, Л. В. Погудина // Клиническая стоматология. – 2011. – № 1 (57). – С. 60–61.

УДК 616. 31; 617. 52-089

ПРИНЦИПИ НАДАННЯ СТОМАТОЛОГІЧНОЇ ДОПОМОГИ ДІТЯМ З ВРОДЖЕНИМИ ВАДАМИ РОЗВИТКУ ЩЕЛЕПНО-ЛИЦЕВОЇ ДІЛЯНКИ НА ЕТАПАХ ЛІКУВАННЯ ТА РЕАБІЛІТАЦІЇ

Савчук Н. О., Парпалей К. А., Трубка І. О., Тимохіна В. О., Корнієнко Л. В., Сороченко Н. О.

Резюме. Високі показники поширеності та інтенсивності карієсу зубів і хвороб пародонту, виявлені при аналізі рівня стоматологічної захворюваності дітей з вродженими вадами розвитку ЩЛД, вказують на необхідність створення чітких алгоритмів надання комплексної стоматологічної лікувально-профілактичної допомоги на етапах лікування та реабілітації пацієнтів даної категорії.

Метою дослідження стало підвищення ефективності первинної та вторинної профілактики стоматологічних захворювань у дітей з вродженими вадами розвитку ЩЛД з урахуванням міждисциплінарного підходу та заснованих на принципах комплексного динамічного нагляду на різних етапах реабілітації.

На диспансерному спостереженні в консультативно-діагностичній поліклініці НДСЛ «Охматдит» на даний період перебуває понад 360 дітей з вродженими вадами ЩЛД (незрощеннями верхньої губи, піднебіння та альвеолярного паростка).

Високі показники поширеності (87,0 – 100 %), інтенсивності карієсу (5,1 у віці 3-7 років і 5,27 у 12-15 річних), наявність одночасного поєднання багатьох факторів ризику стоматологічних захворювань, виявлених у дітей з вродженими вадами розвитку ЩЛД, створюють необхідність проведення комплексних профілактичних та реабілітаційних заходів із залученням лікаря-стоматолога дитячого, хірурга-стоматолога, ортодонта, педіатра, оториноларинголога, логопеда, психоневролога. На підставі отриманих даних Наказом № 89 НДСЛ «Охматдит» від 24.09.2012 р. «Про затвердження локальних протоколів медичної допомоги» створені та затверджені адаптовані локальні клінічні протоколи надання медичної допомоги дітям з вродженими вадами розвитку ЩЛД.

Ключові слова: комплексна реабілітація, вади розвитку щелепно-лицевої ділянки, профілактика, діти, фактори ризику.

УДК 616. 31; 617. 52-089

ПРИНЦИПИ ОКАЗАНИЯ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ДЕТЯМ С ВРОЖДЕННЫМИ ПОРОКАМИ РАЗВИТИЯ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ НА ЭТАПАХ ЛЕЧЕНИЯ И РЕАБИЛИТАЦИИ

Савчук Н. О., Парпалей Е. А., Трубка И. А., *Тимохина В. А., Корниенко Л. В., Сороченко Н. А.

Резюме. Высокие показатели распространенности и интенсивности кариеса зубов и болезней пародонта у детей с врожденными пороками развития ЧЛО указывают на необходимость создания четких алгоритмов оказания комплексной стоматологической профилактически лечебной помощи на поликлиническом этапе реабилитации.

Целью исследования явилось повышение эффективности первичной и вторичной профилактики стоматологических заболеваний у детей с врожденными пороками развития ЧЛО, основанных на принципах комплексного динамического наблюдения на разных этапах реабилитации.

На динамическом наблюдении в консультативно-диагностической поликлинике НДКБ «Охматдет» на данный период находится свыше 360 детей с врожденными пороками развития.

Высокие показатели распространенности (87,0-100 %), интенсивности кариеса (5,1 в возрасте 3-7 лет и 5,27 у 12-15 летних), наличие одновременного сочетания многих факторов риска стоматологических заболеваний, выявленных у детей с врожденными пороками развития ЧЛО, диктуют необходимость проведения комплексных профилактических и реабилитационных мероприятий с привлечением врача-стоматолога детского, хирурга-стоматолога, ортодонта, педиатра, оториноларинголога, логопеда, психоневролога и других. На основании полученных данных Приказом №89 НДСБ «Охматдет» от 24.09.2012 г. «Об утверждении локальных протоколов оказания медицинской помощи» созданы и утверждены адаптированные локальные клинические протоколы оказания медицинской помощи детям с врожденными пороками развития ЧЛО.

Ключевые слова: комплексная реабилитация, пороки развития челюстно-лицевой области, профилактика, дети факторы риска.

UDC 616. 31; 617. 52-089

Principles of Dental Care of Children with Congenital Malformations of the Maxillofacial Area during the Treatment and Rehabilitation

Savichuk N. O., Parpaley E. A., Trubka I. A., Timokhina V. A., Korniienko L. V., Sorochenko N. A.

Abstract. The high prevalence and intensity of dental caries and periodontal diseases in children with congenital malformations of the maxillofacial area indicate the need for a clear algorithms provide comprehensive dental preventive medical care at a polyclinic stage of rehabilitation.

The aim of the research is to improve primary prevention and treatment of dental disease in children with congenital malformations of the maxillofacial area based on the principles of integrated dynamic surveillance at various stages of rehabilitation.

On dynamic observation advisory Consultative-diagnostic clinic of the National Children's Specialized Hospital for this period is more than 360 children with congenital cleft upper lip, palate and alveolar bone .

Highest prevalence (87.0 – 100%), the intensity of caries (5.1 at the age of 3-7 years and 5.27 in 12-15 year olds), the presence of a simultaneous combination of many risk factors for dental disease identified in children with congenital Chloee development dictate the need for comprehensive prevention and rehabilitation activities involving children dentist, dental surgeon, orthodontist, pediatrician, otolaryngologist, speech pathologist, neuropsychiatrist and others. Based on these data Order № 89 Consultative-diagnostic clinic of the National Children's Specialized Hospital from 24.09.2012 «On approval of the local protocols of care» established and approved by the local clinical protocols adapted care for children with congenital malformations of the maxillofacial region.

In the first phase of the clinical route of the patient is carried out in-depth clinical and laboratory examination and emergency events involving pediatric dentist and dental surgeon. The second stage – stationary surgical treatment of children includes the planning of surgical interventions with a certain stage, timing and methods of their implementation. The second stage – stationary surgical treatment of children includes the planning of surgical interventions with a certain stage, timing and methods of their implementation. The second stage – stationary surgical treatment of children includes the planning of surgical interventions with a certain stage, timing and methods of their implementation.

During the third stage (postoperative) children with congenital malformations Chloee require periodic examinations and outpatient treatment specialists National Children's Specialized Hospital. At this stage, the formation of particular importance are the right skills of food hygiene and oral care, careful selection of convenient and efficient means of individualized oral hygiene. In the list of mandatory exogenous treatment and prevention methods should include: sealing of fissures, deep fluoridation of dental tissues, the use of modern dental materials with high therapeutic and preventive action, such as JRC and compomers.

Orthodontic care in an outpatient setting for children with certain types of surgery has features: recommendations to parents about the feeding habits of children with this disorder, restore function and prevention of the formation of strains with individual devices in conjunction with myofunctional equipment.

Keywords: complex rehabilitation, malformations of the maxillofacial area, prevention, children, risk factors.

Рецензент – проф. Каськова Л. Ф.

Стаття надійшла 29. 01. 2015 р.