

із розігрітої воскової пластинки для ділянки препаратів зубів. Охолоджують і кладуть невеликий тампончик із рідиною ПДД. Тримують на зубі 3-5 хв. Для нижньої щелепи це не можна застосувати, оскільки рідина витікає на слизову оболонку. В.І. Гризодуб розробив нову лікарську форму для знеболювання в стоматології. Ця форма виконана у вигляді стоматологічних лікувальних дисків; диск фіксують у дискотримачі та на малих обертах бормащини втирають у тверді тканини зубів. Розроблено 2 види лікувальних дисків: фтораїн і фторогліфоскаль. Фтораїн містить фтористий натрій

і тримекаїн. Фторогліфоскаль має в складі анестетики (тримекаїн і лідокаїн), фтористий натрій, гліцерофосфат кальцію, йодид кальцію та інші препарати. Порівняльну оцінку лідокаїну, тримекаїну і новокаїну для аплікаційної анестезії вивчали І.Б. Бабель та І.Т. Мірошніченко в 1965 році. Найефективнішим виявився лідокаїн.

Ми пропонуємо застосовувати для аплікаційної анестезії препарат «Емла» та вдосконалити методику аплікації. Сучасне аплікаційне знеболювання зубів здійснюється шляхом зняття відбитка до початку лікарських дій, який слугуватиме "депо", або "резервуа-

ром" для анестетика. Отриманий відбиток промиваємо, висушуємо, робимо насічки та заповнюємо анестетиком, у нашому випадку пастою «Емла», та накладаємо на робочу ділянку. Тримаємо його там протягом 5-10 хв. За необхідності процедуру повторюємо. Для дітей можна використовувати гель «Дентол бебі» чи іншу дозволена пасту.

Висновки. Використання запропонованого методу аплікаційної анестезії дозволяє уникнути ускладнень при ін'єкційній анестезії, регулювати термін дії анестетика і без болю проводити стоматологічні втручання.

Ковач І.В., Бунятян К.А., Хотимская Ю.В., Корчак В.П.

ДИАГНОСТИКА ПОРАЖЕНИЯ ТВЕРДЫХ ТКАНЕЙ ЗУБОВ У ДЕТЕЙ С ПОМОЩЬЮ ФЛУОРЕСЦЕНТНОГО СПЕКТРОСКОПА

ГУ "Днепропетровская медицинская академия" МЗ Украины

В настоящее время проблема современной диагностики кариеса и некариозных поражений твердых тканей зубов остается актуальной. В связи с этим для выявления ранних форм кариеса и некариозных заболеваний, а также мониторинга состояния эмали и дентина на этапе препарирования зубов были разработаны методы ранней диагностики.

В связи с тем, что традиционные методы диагностики поражения твердых тканей зубов становятся малоэффективными, и их достоверность не превышает 25%, разработка и использование современных методов становятся крайне актуальными.

Целью нашего исследования было изучение качества диагностики поражения твердых тканей зубов с помощью лазерной флуоресцентной спектроскопии.

Материалы и методы. В исследовании принимали участие 35 детей в возрасте 6-12 лет. Их обследовали двумя методами: традиционным (с помощью зонда и визуального осмотра) и с помощью аппарата. В состав прибора входят широкий наконечник, предназначенный для щечных и язычных поверхностей, и конусообразный наконечник - для фиссур и апроксимальных поверхностей. Для выявления поражения твердых тканей зубов используются окклюзионный и апроксимальный зонды (отклонение 100 градусов за счет призмы, направление маскируется красной точкой; действие по квадрантам), а также сапфировые насадки. Диагностика с помощью лазерного флуоресцентного спектроскопа происходит бесконтактно, не вызывая у ребенка неприятных

ощущений. Принцип действия этого метода основан на облучении твердых тканей зубов импульсным излучением с длиной волны 655 нм и мощностью 1 тВт. Проходя через участки эмали и дентина, лазерный луч проникает в глубокие участки ткани, частично отражается, и отраженная световая волна, попадая в фотоэлемент, анализируется электронной системой прибора, после чего преобразуется в цифровые показатели на дисплее в виде звукового сигнала. Для анализа оптических характеристик отраженного света используются сапфировые насадки. Перед началом работы с прибором поверхность зуба очищается от мягкого налета и зубных отложений, так как это может исказить показания устройства, с последующим высушиванием поверхности зуба. Истинный ис-

следуемый участок тканей зуба освещается при помощи датчика. Конкретные цифровые показатели прибора позволяют вести мониторинг заболеваний твердых тканей зубов: вносить данные в карту пациента, отслеживать степень успеха интенсивной профилактики, сравнивать результаты измерений, делать выводы об активности кариеса; диагностировать скрытый апроксимальный и фиссурный кариес, рецидивирующий кариес по краю пломбы, микротрещины, а также выявлять и контролировать динамику оча-

гов деминерализации эмали. В результате терапия, выполняемая для пациентов, будет менее агрессивна и намного более рациональна.

Результаты исследования.

Были диагностированы дополнительные повреждения твердых тканей зубов. Так, у 10 детей КПУ+кп=3 (традиционный метод исследования), а при использовании аппарата КПУ+кп=5 (апроксимальный кариес), у 7 детей КПУ+кп=6, то при использовании аппарата КПУ+кп=8 (вторичный кариес).

И у 12 исследуемых КПУ+кп=4 (при визуальном осмотре), а при использовании лазерного флуоресцентного спектроскопа КПУ+кп=6. И у 6 детей КПУ+кп=2, то при использовании аппарата интенсивность кариеса осталась такой же, но были выявлены микротрещины. Данный метод надежнее других, в нем не применяются X-лучи и радиация, сохраняются здоровые ткани зуба, не наносятся повреждения зондом, он позволяет контролировать реминерализацию твердых тканей зубов.

Колесник К.А., Насонов А.Ю.

ПРОФИЛАКТИКА ОСЛОЖНЕНИЙ ПРИ ОРТОДОНТИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ ДЕТЕЙ С БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ

Крымский медицинский государственный университет им. С.И. Георгиевского

Неблагоприятным преморбидным фоном, который негативно отражается на состоянии тканей пародонта и СОПР у детей с бронхиальной астмой, является иммунный дисбаланс, нарушение факторов специфической и неспецифической защиты, метаболического гомеостаза, дисбаланс эссенциальных микроэлементов в организме. Это способствует снижению барьерных свойств СОПР, замедлению репарации, усилению воздействия микроорганизмов и других патогенных факторов. Одним из стресс-факторов является съемный ортодонтический аппарат в силу его механического, гипертермического, токсико-химического действия и антигенной нагрузки. У детей с бронхиальной астмой в процессе ортодонтического лечения высока вероятность развития протезного стоматита, катарального и гипертрофического гингивита.

Целью исследования является оценка эффективности лечебно-профилактических мероприятий, направленных на предупреждение осложнений при ортодонтическом лечении детей с бронхиальной астмой.

Для достижения цели на аппаратное лечение было взято 87 человек в возрасте 8-11 лет. Было выделено 2 группы исследования: основная (67 детей с бронхиальной астмой) и контрольная (20 практически здоровых детей). Основная группа была разделена на две подгруппы в зависимости от выбранного в дальнейшем способа профилактики. Детям всех групп перед началом активного аппаратного лечения и на его этапах проводили профессиональную гигиену полости рта: мотивацию с использованием программы «Понятная стоматология», обучение индивидуальной гигиене полости рта, профессиональную чистку

зубов, назначение средств и предметов гигиены. Пациенты применяли зубные пасты серии «R.O.C.S Teens»: «Лесной полдень», «Земляника», «Кола и лимон». У детей основной группы 1 подгруппы в комплексе использовали «Капли Береш Плюс[®]», зубной эликсир «Лизомукоид», обработку слизистой протезного ложа эмульсией «БАЗК». У детей основной группы 2 подгруппы и детей контрольной группы применяли ротовые ванночки с 0,05 % раствором хлоргексидина и аппликации раствором ротокана. Состояние тканей пародонта оценивали с помощью индексов РМА, Шиллера-Писарева, CPITN. Гигиеническое состояние полости рта определяли по индексам Sinless Loe и Stallard. Исследования проводили до и в динамике ортодонтического лечения.

По окончании активного аппаратного лечения, которое в среднем составляло 14-16 ме-