

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, СРITN. 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-

сяцев, у детей основной группы 1 подгруппы гигиеническое состояние полости рта было значительно лучше, чем у детей с бронхиальной астмой, которые применяли традиционный профилактический комплекс. Значение индекса Silness-Loe у детей основной группы 1 подгруппы было в 1,85 раза ниже, а индекса Stallard - в 1,6 раза ниже, чем у детей основной группы 2 подгруппы. Между показателями данных гигиенических индексов у детей с бронхиальной астмой первой подгруппы и у здоровых детей контрольной группы статистически значимой разни-

цы не определялось. В соответствии с данными пародонтальных индексов воспалительные изменения в тканях пародонта были более выражены у детей с бронхиальной астмой, у которых применяли базовую терапию. У данных обследуемых среднее значение индекса РМА в 1,6 раза превышало соответствующее значение в основной группе 1 подгруппы и в 1,7 раза - в контрольной группе. Среднее значение индекса Шиллера-Писарева у этих детей было на 24,1% выше, чем у детей с бронхиальной астмой первой подгруппы, и на 27,7% выше, чем у

практически здоровых детей, закончивших активное аппаратное лечение. Между значениями изучаемых пародонтальных индексов у детей основной группы первой подгруппы и у детей контрольной группы не было выявлено достоверных различий.

Таким образом, анализ данных клинического обследования свидетельствует об эффективности использования комплекса, включающего капли «Береш-Плюс®», «Лизомукоид» и «БАЗК», в лечебно-профилактических мероприятиях, проводимых у детей с БА, находящихся на ортодонтическом лечении.

Король М.Д., Рыбалов О.В., Яценко О.И.

ПРИЧИНЫ ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ НЕСТАБИЛЬНОСТИ ВИСОЧНО-НИЖНЕЧЕЛЮСТНОГО СУСТАВА У БОЛЬНЫХ С ГЛУБОКИМ РЕЗЦОВЫМ ПЕРЕКРЫТИЕМ

ВГУЗУ «Украинская медицинская стоматологическая академия»

Наследие научных разработок профессора Л.П. Григорьевой в учении о патологии височно-нижнечелюстного сустава у больных с аномалиями прикуса на сегодняшний день получило дальнейшее развитие в вопросах патогенеза, диагностики и лечения. В настоящее время, по литературным данным, повсеместно отмечается рост числа обращений больных с патологией височно-нижнечелюстного сустава (ВНЧС) и больных с различными видами аномалий прикуса. Различные варианты заболеваний сустава, сходство их клинических симптомов нередко приводят к проведению неадекватного лечения, которое осуществляется без учёта особенностей функциональных и морфологических нарушений во всех структурах жевательного мускулярно-суставного аппарата. К этим нарушениям

можно отнести структурно-пространственное несоответствие – дисконгруэнтность суставных поверхностей, изменение осевых соотношений ветви нижней челюсти и суставной ямки, дефекты или повреждения суставного бугорка, нарушения со стороны капсулы сустава.

Описанию этиопатогенетических составляющих в компонентах ВНЧС при нарушениях окклюзии, в частности у больных с глубоким резцовым перекрытием, в литературе уделено недостаточное внимание.

Целью нашего исследования явилось определение основных причин функциональной нестабильности височно-нижнечелюстного сустава у больных с глубоким резцовым перекрытием.

Объекты и методы исследования. Наблюдалось 32 больных в

возрасте от 19 до 38 лет с нарушениями окклюзии в виде глубокого резцового перекрытия. Женщин было 26, мужчин – 6. При этом у 15 из них глубина перекрытия была в пределах 1/3 коронки нижних резцов, у 11 – до 1/2; у 6 – режущие поверхности центральных резцов верхней челюсти были на уровне десневого края резцов нижней челюсти. Патологической стираемости зубов и дефектов зубных рядов ни у одного пациента не было.

Наряду с изучением степени глубины резцового перекрытия проводилась прицельная рентгенография ВНЧС в боковой проекции с закрытым и открытым ртом, электромиография симметричных собственно жевательных мышц.

Результаты исследования. Основные жалобы наблюдаемых