

реологічних параметрів ротової рідини за методом ДМТ у дітей із різною кислотостійкістю емалі зубів. Крім того, взаємозв'язок показника поверхневого натягу ПН\* з показником інтенсивності карієсу в дітей із низькою резистентністю емалі зубів надає інформацію про особливий біохімічний склад ротової рідини у таких дітей. Дані цього до-

слідження, безперечно, демонструють потенціально можливість використання показника ПН\* ротової рідини для прогнозування розвитку карієсу зубів паралельно з іншими стоматологічними прогностичними показниками. Таким чином, використання ДМТ ротової рідини в стоматологічних дослідженнях виправдане і перспективне.

*Федоринчик О.В., Ковецькая Е.Е.*

## ВЛИЯНИЕ РАЗМЕРА ПЛОМБЫ ИЗ КОМПОЗИТА НА ПОКАЗАТЕЛИ ЭЛЕКТРООДОНТОМЕТРИИ

БелМАПО, г. Минск, Беларусь

Электроодонтометрия (ЭОМ) – метод, основанный на свойстве живой ткани отвечать на раздражение переменным током малой силы. Пульпа зуба в зависимости от состояния (норма, воспаление и т.п.) обладает различной возбудимостью. О степени ее судят по силе раздражения, достаточной для того, чтобы получить ответную реакцию пульпы [1,2,3].

**Цель работы:** определить влияние размера и

наличия пломбы на показания электроодонтово-будимости пульпы зуба.

Группу наблюдения составили 36 человек (143 зуба, ранее леченные с диагнозом «кариес дентина») без патологических изменений в тканях маргинального периодонта. Электровозбудимость пульпы зубов определяли с помощью аппарата ЭОД-2М. Пломбы в 100% были выполнены из композитных материалов.

*Таблица  
Показания ЭОМ в зависимости от размера пломбы*

Диагноз	Объем пломбы (относительно коронки зуба)	Показания ЭОМ (мкА) в области		
		бугра (режущий край)	дна препарированной полости	пломбы
Кариес дентина (К.02.1)	до 20%	12,0 [10,0/14,5]	6,0 [6,0/7,0]	165,0 [165,0/170,0]
	от 20% до 40%	15,0 [13,0/16,0]	8,0 [6,0/8,0]	180,0 [175,0/185,0]
	от 40% до 60%	24,0 [22,0/25,0]	12,0 [10,0/13,0]	>200
		r=0,771**	r=0,681**	-

*Примечание: r – коэффициент корреляции по Спирману;  
\*\* - p<0,001.*

Из таблицы видно, что при разрушении средних слоев дентина и размере пломбы до 20% электровозбудимость пульпы (ЭВП) зуба в области бугра составляла 12,0 мкА и снижалась при возрастании объема пломбы, а соответственно, глубины и площади поражения твердых тканей зуба. Так, при поражении средних и глубоких слоев дентина и размере пломбы от 20% до 40% показатель электровозбудимости (ЭВ) в области бугра составил 15,0 мкА. Наиболее высокие значения ЭВП наблюдали в зубах с обширными кариозными поражениями средних и глубоких слоев дентина, при размере пломбы от 40% до 60%, где достигали 24,0 мкА. Такое колебание показаний ЭВ может быть связано с уменьшением объема твердых тканей зуба под бугром (режущим краем), который восстановлен пломбой, обладающей низкой электропроводимостью.

При проведении ЭОМ со дна препарированной полости ЭВП зависела от глубины и площади поражения. Так, при разрушении средних слоев дентина и размере удаленной пломбы до 20% относительно объема коронки показатели электровозбудимости пульпы зуба со дна препарирован-

ной полости составили 6,0 мкА, возрастая до 8,0 мкА при поражениях средних и глубоких слоев дентина и размере удаленной пломбы от 20% до 40%. Наиболее высокие показатели наблюдали в зубах с обширными кариозными поражениями средних и глубоких слоев дентина при размере удаленной пломбы от 40% до 60% относительно объема коронки, где значения достигали 12,0 мкА. Такое снижение ЭВП вероятно обусловлено выработкой заместительного дентина, иррегулярное строение которого хуже проводит электрический ток. Следует отметить, что показания ЭВП зубов при определении со дна препарированной полости соответствуют по общепринятым параметрам диагнозу «кариес дентина».

В группе наблюдения обнаружена статистически значимая обратная корреляционная зависимость между параметрами размера композитной пломбы (глубиной и площадью поражения) и электровозбудимостью тканей пульпы зуба с диагнозом «кариес дентина» при измерении показаний с бугра зуба (r=0,8) и дна препарированной полости (r=0,7).

Анализ проведенной электроодонтометрии

выявил, что показания ЭВП зуба при измерении с бугра значимо выше аналогичного параметра со дна препарированной полости, как при размере композитной пломбы (объеме отсутствующих твердых тканей) до 20% относительно объема коронки, так и при размерах пломб от 20% до 40% ( $p < 0,001$ ). Та же закономерность прослеживается при обширных кариозных поражениях средних и глубоких слоев дентина, в зубах с композитными пломбами объемом от 40% до 60% относительно объема коронки ( $p < 0,001$ ).

При проведении ЭОМ с композитной пломбы показания варьировали от 165,0 мкА до  $>200$  мкА, возрастая при увеличении объема пломбировочного материала, что объясняется плохой электропроводимостью композиционных материалов.

#### Выводы

Электровозбудимость пульпы зубов с диагно-

зом «кариес дентина» при измерении показаний с бугра зуба и дна препарированной полости имеет обратную корреляционную зависимость от объема (глубины и площади поражения) композитной пломбы ( $r=0,7$ ).

Показания ЭОМ, определенные с бугра, варьируют в зависимости от размера пломбы от 12 мкА до 24 мкА, что достоверно превышает соответствующие показатели при измерении со дна препарированной полости, которые колеблются от 6 мкА до 12 мкА ( $p < 0,001$ ).

#### Литература

1. Луцкая И.К. Диагностический справочник стоматолога / И.К. Луцкая. – М.: Мед.лит-ра, 2010. – С.156-192.
2. Рубин Л.Р. Электроодонтодиагностика / Л.Р. Рубин. – М.: Медицина, 1976. – 136 с.

*Хатыпова М.Г.*

## КОМПЛЕКСНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ОДОНТОГЕННЫХ ГАЙМОРИТОВ АНАЭРОБНОЙ ЭТИОЛОГИИ С ПРИМЕНЕНИЕМ МЕТОДА МЕСТНОЙ ОКСИГЕНАЦИИ ПАРАМИ ЭТИЛОВОГО СПИРТА

Ташкентский институт усовершенствования врачей, Узбекистан

Из литературы известно, что ведущую роль в развитии гайморитов играют анаэробы, которые определяют тяжесть и прогноз заболевания (Zambrano D., 1993). Поэтому лечебные мероприятия в первую очередь были направлены на ликвидацию анаэробной инвазии и анаэробных ассоциантов. Использовали препараты, подавляющие как анаэробный, так и аэробный компонент микробной ассоциации. В комплексном лечении использовали местную антибактериальную терапию: местную оксигенацию парами этилового спирта и тампонаду с помощью полипропиленовой метронидазолсодержащей сорбирующей турунды.

Для оценки эффективности лечения все больные (70) разделены на 2 группы. 1 группу составили 38 больных, получавших традиционное лечение (предоперационная санация пазухи, гайморотомия, антибактериальные, противовоспалительные, десенсибилизирующие, общеукрепляющие средства). Анаэробы выявлены у 13 из них.

Во 2 группу вошли 42 больных, у которых в комплексе лечения использовали местную оксигенацию парами этилового спирта. Анаэробы высеяны у 14. Оксигенацию парами этилового спирта осуществляли с помощью устройства собственной конструкции (рац. предложение № 147 от 15.02.1995 г., ТашиУВ). Устройство портативное, имеет несложную конструкцию и удобно в использовании. Устройство состоит из маленького кислородного баллончика – источника кислорода (1) и аппарата Боброва со спиртом (7). Кислород подается под давлением через резиновую и

длинную стеклянную трубки в аппарат Боброва. Далее кислород с парами спирта выходит через короткую стеклянную и резиновую трубки с насадкой. Последнюю соединяют с иглой Куликовского или специальным наконечником для осуществления оксигенации через перфоративное отверстие (рис. 1).

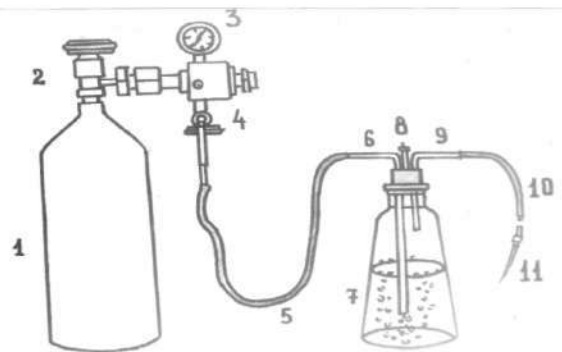


Рис. 1. Устройство для оксигенации парами этилового спирта

При оксигенации мы в основном пользовались наконечниками, т.к. у большинства наших пациентов была открытая форма гайморита. При закрытой форме гайморита, а также при узком свищевом ходе для промывания и оксигенации гайморовой пазухи через нижний носовой ход с помощью иглы Куликовского производили пункцию гайморовой пазухи, затем вместо иглы оставляли поливиниловую трубку для последующих промываний и оксигенации.