

Особливо помітна втрата фронтальних зубів. Різці одні з перших прорізаються і, нажал, першими уражаються карієсом. Вживання солодких напоїв та смоктальних цукерок, разом з незадовільною гігієною порожнини рота призводить до швидкого руйнування передніх зубів. При видаленні «естетичної четвірки» відбувається не тільки зубоальвеолярне видовження антагоністів, вкорочення зубного ряду, затримка прорізування постійних зубів, а і порушення вимови звуків, погіршується естетика обличчя.

Традиційні конструкції дитячих протезів для заміщення фронтальної групи зубів у дітей мають багато недоліків: незнімні конструкції громіздкі та недосконалі естетично, а знімні - технологічно складні у виготовленні, мають погану фіксацію на верхній щелепі і потребують частої заміни внаслідок активного росту щелеп у дітей.

Мета дослідження. Підвищити ефективність дитячого зубного протезування шляхом розробки раціональних конструкцій дитячих знімних протезів при дефектах зубних рядів.

Матеріал і методи. Нами обстежено і взято на лікування 25 дітей з дефектами зубних рядів фронтальної ділянки верхньої щелепи віком від 3 до 6 років, тобто з тимчасовим періодом прикусу. Всі пацієнти були обстежені за загальноприйнятою методикою з використанням клінічних та додаткових методів обстеження таких як: фотометрія та біометрія діагностичних моделей.

Основні результати. Проведені дослідження показали, що у дітей в період тимчасового прикусу несприятливі умови в порожнині рота для фіксації часткових знімних акрилових протезів, що пов'язано з відсутністю екватора у тимчасових зубах та неможливістю використовувати кламери. Не сприяє цьому і розширення базису протеза для покращення адгезії, бо протез стає більш громіздким та незручним у використанні. Особливо це помітно при протезуванні дефектів зубних рядів фронтальної ділянки, що обмежені тимчасовими зубами – протез погано фіксується і діти не можуть ним користуватися. Пластинчасті протези з акрилової пластмаси мають ще ряд вагомих недоліків: пористість, залишковий мономер, шорсткість поверхні, що прилягає до протезного ложа.

Враховуючи вищенаведене нами був розроблений частковий знімний протез з термовакуумсформованим базисом та штучними зубами, встановленими на ньому за допомогою швидкотвердіючої пластмаси «GC RE-LINE», що не містить метилметакрилату.

Висновки. Проведені дослідження засвідчили, що запропоновані нами дитячі зубні протези на основі базису з термовакуумсформувальних пластин забезпечують кращу фіксацію на протезному ложі ніж акрилові часткові знімні протези, бо мають більш гладку внутрішню поверхню, виготовлені з тонкого базису, що повторює рельєф слизової оболонки твердого піднебіння і діти швидше до них адаптуються, еластичні, що зменшує ризик пошкодження протезу та не стримує ріст щелеп, мають відмінний естетичний вигляд і прості у виготовленні. В результаті маленькі пацієнти майже відразу після здачі протеза можуть повноцінно ним користуватися, що попереджає розвиток вторинних зубощелепних деформацій в майбутньому.



УДК 616-036.8+62-404.8:687.552.5

И. К.Новицкая, к. мед. н., Л. Н. Билищук

Одесский национальный медицинский университет
Ужгородский национальный университет

КЛИНИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ГЕЛЯ ДЛЯ ПОЛОСТИ РТА «СЛЮРЕМ»

Гель для полости рта «Слюрем» в качестве биологически активных компонентов включает препарат фтора и новую форму кальция - Нанокальцид суспензия (гидроксипатит кальция).

Основное назначение геля – повышение минерализующего потенциала ротовой жидкости у детей.

В исследованиях приняли участие дети 12-13-летнего возраста с высокой активностью кариеса (КПУ более 4-х), обусловленной, в первую очередь, недостаточным содержанием в ротовой жидкости основных минеральных компонентов, участвующих в минерализации зубов – кальция, фосфатов и фтора.

У детей до начала исследований были зафиксированы следующие показатели: интенсивность кариеса - КПУ $5,5 \pm 0,52$ усл.ед, скорость слюноотделени – $0,29 \pm 0,03$ мл/мин, минерализующий потенциал ротовой жидкости – по типу кристаллизации слюны $1,82 \pm 0,21$ балла, гигиеническое состояние полости рта – ГИ по Грин-Вермильону $2,04 \pm 0,22$ балла .

Гель «Слюрем» назначали в виде аппликаций на зубы по 2 недели каждые 3 месяца в течение 1 года

Через 1 год у детей наблюдалась позитивная динамика по всем показателям: увеличение скорости слюноотделения ($0,35 \pm 0,04$ мл/мин), незначительный прирост кариеса ($0,43 \pm 0,05$), улучшение гигиенического состояния полости рта ($1,65 \pm 0,15$ балла) и повышение минерализующего потенциала ротовой жидкости ($2,75 \pm 0,26$ балла).

Таким образом, результаты исследований показали, что применение геля «Слюрем» способствует увеличению слюноотделения, повышает минерализующий потенциал ротовой жидкости и, как следствие, снижает интенсивность кариеса у детей.

Заключення. Гель для полости рта «Слюрем» рекомендован для профилактики кариеса, в том числе, у детей с гипосаливацией.



УДК:616.314-002-053.2-07

Є. О. Остапенко

Національний медичний університет імені О.О. Богомольця

СУЧАСНІ МЕТОДИ ДІАГНОСТИКИ КАРІЕСУ ФІСУР У ДІТЕЙ 6-7 РОКІВ

Актуальність. Натепер у дитячій стоматології проблема фісурного карієсу постійних зубів залишається актуальною і пов'язано це з його високою розповсюдженістю. Зокрема, цей показник у дітей 5-6 років складає 2,2-9,4 %, у 12-річних – 64,3-70,4 %, у 15-річних- 84,6-87,2 %. Інтенсивність фісурного карієсу у даних вікових категоріях дорівнювала відповідно: 0,06-0,66 – в 5-6 років, 1,6-1,97- в 12 років, 2,87-3,45 – в 15. Згідно досліджень Хоменко Л. О., Трачук Ю. М. (2008р.) розповсюдженість карієсу перших постійних молярів у дітей 6-7 літнього віку становить 34,1 %, а інтенсивність – 0,66, тому проблема діагностики фісурного карієсу є однією з найбільш актуальних в стоматології, особливо в дитячій.

Мета дослідження. Вивчити розповсюдженість та інтенсивність карієсу перших постійних молярів у дітей 6-7 річного віку.

Матеріали і методи дослідження. Для діагностики фісурного карієсу були використані стандартний метод (зондування) та метод лазерної діагностики («Diagnodent Kavo», Німеччина). Було обстежено 104 дитини віком 6-7 років, серед яких постійні 6-ті зуби були у 71 дитини. Діти 6-літнього віку мали перші верхні постійні моляри в 60,9%, нижні – в 55,4 %; 7-літні відповідно – в 91 % та 88 % випадків

Результати. Встановлено, що карієс фісур в перших постійних молярах за методикою зондування було діагностовано у 42,8 %. При використанні лазерного методу діагностики за допомогою апарату «Діагнодент» каріозне ураження фісур спостерігалось у значно більшій кількості дітей – 80 %. Різниця показників становить 37,2%. Інтенсивність карієса перших постійних молярів у дітей згідно даним зондування становить 0,78, за даними «Діагнодента» – 1,89. Серед обстежених 130 зубів з фісурним карієсом найчастіше виявлено ураження дистальних фісур – 80 %, продольних фісур – 72%, центральних фісур – 29 % випадків, медіальних фісур – у 0,61 %. Карієс сліпих ямок шляхом зондування було діагностовано – у 7,6 % молярів, «Діагнодент» – у 14,3 %. Різниця показників – 6,7 %.

Висновки. Лазерний метод діагностики з використання апарату «Diagnodent» достовірно підвищує точність діагностики фісурного карієсу, що сприяє своєчасному проведенню профілактичних і лікувальних заходів.



УДК 616.31-083:616.314.17-008.1

А. В. Островский

Государственное учреждение «Крымский государственный медицинский университет
им. С.И. Георгиевского»

АЛГОРИТМ ПРОФЕСИОНАЛЬНОЙ ГИГИЕНЫ ПОЛОСТИ РТА У ЛИЦ С ВОСПАЛИТЕЛЬНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ПАРОДОНТА

Установленная этиологическая роль микробного фактора (био пленки) в развитии воспалительных заболеваний пародонта требует не только рационального подхода к выбору средств и методов индивидуальной гигиены полости рта, но и усовершенствования профессиональной гигиены полости рта (ППГР), которая должна регулярно проводиться (не реже 2-х раз в год) врачом-стоматологом каждому пациенту и включать комплекс сопроводж-