

реалізації навіть досконалих мануальних навичок очищення даної ділянки та сприяти формуванню патологічних змін твердих тканин.

**Мета роботи:** провести аналіз стану дистально-апроксимальних поверхонь других постійних молярів за наявності третіх молярів.

**Матеріали та методи:** Були проаналізовані панорамні рентгенівські знімки верхньої та нижньої щелеп пацієнтів віком від 16 до 30 років. Умовою відбору знімків була наявність третіх молярів з повністю зформованими коренями. Вивчено стан дистально-апроксимальних поверхонь других постійних молярів. В ході дослідження оцінювали наявність рентгенологічних ознак деструкції твердих тканин дистально-апроксимальних поверхонь других постійних молярів.

**Результати:** Вивчено 415 панорамних рентгенівських знімків. Оцінено стан 1530 дистально-апроксимальних поверхонь других постійних молярів верхньої та нижньої щелеп. Рентгенологічно інтактними виявилися 353 (23,1%) поверхонь на верхній та 271 (17,7%) на нижній щелепі. Деструктивні зміни твердих тканин виявлені у 906 (59,2%) випадках в різних частинах поверхні зубів. Простежувався взаємозв'язок положення у щелепі третього моляру із зоною ураження другого моляру. Так, у ділянці коронки виявлені 486 (53,6%) рентгенологічних ознак уражень, в пришийковій зоні – 365 (40,3%) уражень. Ознаки карієсу кореня виявлені у 55 (6,1%) випадках.

**Висновки:** Наявність третіх молярів слід розцінювати як додатковий фактор ризику розвитку каріозного процесу дистально-апроксимальних поверхонь других постійних молярів. Цей факт повинен бути врахованим при плануванні індивідуальних лікувально-профілактичних заходів.

## ПЛОМБУВАННЯ КОРЕНЕВИХ КАНАЛІВ З ШИРОКИМ АПІКАЛЬНИМ ОТВОРОМ В ПОСТІЙНИХ ЗУБАХ У ДІТЕЙ

### SEALING ROOT CHANNELS WITH A WIDE APICAL OPENING IN PERMANENT TEETH IN CHILDREN

**Малежик Є. Є.**

*Науковий керівник: к. мед. н., доц. Кулай О. О.*

*Maliezhuk E. E.*

*Science advisor: doc. Kulay O. O., PhD*

*Українська медична стоматологічна академія, м. Полтава*

*Кафедра дитячої терапевтичної стоматології з профілактикою стоматологічних захворювань*

**Актуальність:** У сучасній дитячій терапевтичній стоматології надзвичайно актуальним є проведення лікування ускладненого карієсу в постійних зубах у дітей. Не завжди можливо застосовувати сучасні принципи ендодонтичного лікування в дитячому віці, якщо нам доводиться проводити його в кореневих каналах зубів з незавершеним формуванням коренів. А необхідність в такому лікуванні виникає навіть у дітей молодшого шкільного віку, тобто в перші роки після прорізування постійних зубів.

**Мета роботи:** Визначити переваги та недоліки пломбування кореневих каналів постійних зубів з незавершеним формуванням коренів різними пломбувальними матеріалами.

**Матеріали та методи:** Було проведено ендодонтичне лікування постійних зубів з незавершеним формуванням коренів при ускладненому карієсі у 20 дітей віком від 8 до 12 років. Для obturaції коренів були застосовані пломбувальні матеріали на основі гідроокису кальцію та мінерального триоксидного агрегату. Контроль якості ендодонтичного лікування проводили за допомогою внутрішньоротової часткової дентальної рентгенографії.

**Результати:** Середня тривалість лікування ускладненого карієсу в постійних зубах з незавершеним формуванням коренів складала від 6 до 20 міс., клінічний успіх 74-100%. Переваги застосування пломбувального матеріалу на основі гідроокису кальцію Ca(OH)<sub>2</sub>: передбачуване формування мінералізованою бар'єру, простота техніки, добре вивчена техніка; недоліки: тривалість лікування, пориста будова мінералізованою бар'єру (відсутність герметизму). Переваги мінерального триоксидного агрегату (MTA): хороші герметизуючі властивості, біосумісність, гарне періапикальне загоєння, швидкий метод; недоліки: темний колір (є ризик зміни фарбування коронки).

**Висновки:** Ендодонтичне лікування постійних зубів за основними стратегічними напрямками і цілями нічим не відрізняється від дорослої практики. Тим не менш, ми повинні розуміти, що є цілий ряд морфологічних і клінічних особливостей, які вимагають від нас зовсім іншого тактичного підходу до проведення такого лікування і диференційованого вибору пломбувального матеріалу.

## СТИМУЛЯЦІЯ ГІГІЄНИ ПОРОЖНИНИ РОТА У ПЕРШОКЛАСНИКІВ

### PROMOTING ORAL CARE IN THE FIRST GRADE SCHOOLCHILDREN

**Патлай І. Г.**

*Науковий керівник: к. мед. н. Янко Н. В.*

*Patlai I. G.*

*Science advisor: Yanko N. V., PhD*

*Українська медична стоматологічна академія, м. Полтава*

*Кафедра дитячої терапевтичної стоматології з профілактикою стоматологічних захворювань*

**Актуальність:** Дитинство є важливим періодом для набуття нових знань та практичних навичок, які відображаються пізніше в поведінці, пов'язаній із здоров'ям. Діти 6-9 років із м.Полтава мають незадовільний рівень гігієни порожнини рота (Каськова Л.Ф. та ін., 2018), отже потребують покращання гігієнічних навичок. Навчання на-

вичкам гігієни порожнини рота в дітей потрібно планувати залежно від вікового розвитку і, навіть першокласникам потрібно подавати таку інформацію в ігровій формі.

**Метою** дослідження було оцінити вплив розробленого способу гігієнічного виховання на практичні навички першокласників.

**Матеріали та методи:** Об'єктом дослідження були 13 шестирічних дітей, які навчаються в спеціалізованій школі-інтернаті №1 м.Полтава. У дітей оцінювались 10 практичних навичок піл час чищення зубів згідно переліку. Вперше практичні навички оцінювались за тиждень до проведення гігієнічного навчання. Другого разу дітям демонструвався стандартний метод чищення зубів на моделях зубних рядів. Зверталась увага на використання невеликої кількості зубної пасти, чищення усіх поверхонь зубів та язика, полоскання рота після чищення. Далі діти займалися чищенням зубів на моделях під нашим контролем та їх помилки під час чищення виправлялися. Через тиждень проводилась третя зустріч із дітьми, яка розпочиналась із перегляду мультфільму «Доктор заєць та зубні захисники». Потім зубний наліт у дітей забарвлювався розчином Писарева-Шилера та зверталась увага на необхідність видалити жовті плями, які вказували на наявність нальоту на зубах. Наприкінці заняття усі діти чистили зуби перед дзеркалом, щоб видалити жовте забарвлення із зубів, їх практичні навички знову оцінювались згідно переліку.

**Результати:** Практичні навички дітей 6 років значно покращилися після запропонованого гігієнічного навчання. Так, чищення зубів із внутрішньої сторони зросло із 46,15% до 84,51% ( $p=0.04$ ), чищення язика з 7,69% до 76,92% ( $p=0.0005$ ).

**Висновки:** Уроки гігієни порожнини рота в ігровій формі заохочують дітей молодшого шкільного віку до проведення регулярної гігієни порожнини рота.

## КЛІНІЧНИЙ ВИПАДОК МІКРОІНВАЗИВНОГО ЛІКУВАННЯ КАРІЄСУ

### CLINICAL CASE OF MICROINVASIVE TREATMENT

**Савісько М. О.**

*Науковий керівник: Браїлко Н. М.*

*Savisko. M. O.*

*Science advisor: Brailko. N. M.*

*Українська медична стоматологічна академія, м. Полтава*

*Кафедра пропедевтики терапевтичної стоматології*

**Актуальність.** Існуючі методики раннього лікування каріозних уражень твердих тканин зубів не завжди забезпечують вдалий результат. Фторування не завжди ефективно при прогресуванні каріозного процесу, а при препаруванні відбувається втрата значного об'єму здорових тканин зуба. Окрім цього, в результаті препарування на емалі з'являються мікротріщини, які провокують розвиток вторинного карієсу. Препарування супроводжується неприємними вібраціями, болем та перегрівом тканин, видаленням не тільки видозмінених, а й здорових тканин. Є можливість травмування бором ясен. Тим часом, вже розроблені й успішно застосовуються методи лікування карієсу без застосування бормащини. Більшість з них ґрунтується на тому, що пошкоджені карієсом дентин та емаль більш м'які і крихкі, ніж інтактні тканини.

**Метою роботи** стала апробація мікроінвазивного лікування карієсу за допомогою полімерної система ICON, розробленої німецьким концерном DMG, який дозволяє зупинити розвиток карієсу на початковій та поверхневій стадіях.

**Матеріали та методи:** На кафедрі пропедевтики терапевтичної стоматології звернувся пацієнт П., 19 років зі скаргами на велику кількість білих матових плям на вестибулярній поверхні зубів верхньої щелепи у фронтальній ділянці. Часом відмічав відчуття оскоми, що виникало від дії хімічних факторів та відразу зникало після їх усунення. Зі слів пацієнта, плями помітив після зняття брекет-системи. Нами було проведено клінічне обстеження. Встановлений діагноз: Гострий поверхневий карієс зубів 13,12,11,21,22,23. Лікування проводилось в одне відвідування. Зуби очищено щіточкою з пастою без фтору «Депурал Нео». На уражені ділянки нанесено 15 % протравлюючий гель, у складі якого амінокислоти та гіпохлорит натрію (Icon-Etch). Після його змивання дистильованою водою та висушування етиловим спиртом (Icon-Dry), нанесено полімер-інфільтрант (Icon-Infiltrant) за допомогою аплікатора. Видалено надлишки матеріалу та полімеризовано впродовж 20 сек. ультрафіолетовим світлом. Нанесення полімеру проводилось повторно з подальшою його полімеризацією. Після полірування проведено оцінку якості інфільтрації. Отриманий результат задовольнив пацієнта як в день інфільтрації, так і через місяць. Рекомендовано контрольні огляди кожні 3 місяці впродовж року.

**Висновки:** Таким чином, такий спосіб лікування дозволяє призупинити розвиток карієсу на ранній стадіях, зберегти інтактні тканини, забезпечити естетичний вигляд зубів, провести лікування безболісно та в одне відвідування.