

Визначення ТЕР-тесту показало, що у дітей II групи спостереження цей показник після проведення озонотерапії з ремінералізацією емалі покращився з $3,9\pm 0,07$ до $3,14\pm 0,1$ ($P<0,001$). У дітей I групи структурно-функціональна резистентність емалі була $4,1\pm 0,08$, але після лікування вона практично не змінилася і склала $4,0\pm 0,1$ ($P<0,01$).

Наші дослідження підтвердили, що озон дійсно має високу антимікробну дію і є досить ефективним при комплексному лікуванні карієсу зубів у дітей, активно сприяє підвищенню емалевої резистентності та зниженню розвитку вторинного карієсу, зменшує чутливість зубів до подразників і захищає їх від впливу згубної дії мікроорганізмів. Після застосування O_3 , емаль зубів стає більш стійкою до дії бактеріальної флори та набуває природного блиску.

МІНЕРАЛІЗУЮЧА ЗДАТНІСТЬ РОТОВОЇ РІДИНИ У ДІТЕЙ 2-3 РОКІВ

THE MINERALIZING ABILITY OF ORAL FLUID IN CHILDREN OF 2-3 YEARS

Dimova M.B. Assist. Akzhitova G.O.

ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія»

Кафедра дитячої терапевтичної стоматології з профілактикою стоматологічних захворювань

У виникненні та перебігу карієсу важливу роль відіграють склад та властивості ротової рідини, які впливають на її мінералізуючу здатність. Чим вищий цей показник, тим активніше відбуваються процеси ремінералізації в емалі зубів. Метою нашого дослідження було вивчити мінералізуючі властивості ротової рідини у дітей із дисбактеріозом кишечника.

Об'єкти та методи дослідження. Для вирішення поставленої мети ми обстежили 20 дітей 2-3 років (10-основна група (здорові діти), 10-контрольна група (діти із дисбактеріозом кишечника)). Мінералізуючий потенціал ротової рідини (МПРР) визначали за її мікрокристалізацією за методикою А.Р. Поздєєва. Ротову рідину брали в кількості 0,2-0,3 мл із дна порожнини рота за допомогою стерильної піпетки. Потім на предметне скло, оброблене спиртом та ефіром, наносили не менше трьох крапель ротової рідини. Висушування мікропрепаратів проводили при кімнатній температурі. Висушені краплі ротової рідини вивчали під мікроскопом (типу МБС-9,10) при невеликому збільшенні 2х6. Оцінку МПРР проводили з урахуванням усієї площі висохлих крапель ротової рідини і виражали в середньому балі залежно від знайдених типів кристалоутворення. Мінералізуючий потенціал ротової рідини оцінювали за шкалою: 0,0-1,0 - дуже низький; 1,1-2,0 - низький; 2,1-3,0 - задовільний; 3,1-4,0 - високий; 4,1 -5,0 - дуже високий.

Результати дослідження та їх обговорення. Зниження ремінералізуючих властивостей ротової рідини у дітей із дисбактеріозом кишечника в порівнянні зі здоровими дітьми підтверджується показниками мінералізуючого потенціалу ротової рідини. Нами виявлено, що у дітей основної групи 2-3 років середній показник становить $1,97\pm 0,05$ бали, що відповідає низькому рівню мікрокристалізації, а у здорових дітей - $2,37\pm 0,06$ бали, тобто вони мають задовільний рівень. Існує вірогідна різниця показника, що вивчався у дітей з карієсом та без карієсу як основної, та і контрольної групи, але показник у дітей із бактеріозом кишечника завжди гірший, ніж у соматично здорових дітей ($P<0,001$).

Розподіл дітей за рівнем мінералізуючого потенціалу свідчить про те, що серед дітей із бактеріозом кишечника високий його показник мають лише 6,6% дітей, що більше, ніж в 2 рази від показника дітей в контрольній групі.

Висновки. Проведені дослідження виявили зниження мінералізуючого потенціалу у дітей із дисбактеріозом кишечника, що обумовлює значну поширеність карієсу у них.

ІНСТРУМЕНТАЛЬНЕ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ РІЗНИХ СПОСОБІВ ТА ТЕХНІК МІНІМАЛЬНО ІНВАЗИВНОГО ПРЕПАРУВАННЯ

THE INSTRUMENTAL SUPPLY OF DIFFERENT TECHNIQUES AND METHODS OF MINIMAL INTERVENTION TREATMENT

Lytvyn V.V., Assoc. Prof., Marchenko I.Ya.

ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія»

Кафедра пропедевтики терапевтичної стоматології

У зв'язку з впровадженням у розвинутих країнах вискоєфективних програм профілактики карієсу та появою матеріалів, що утворюють хімічний зв'язок з тканинами зуба і володіють протикаріозною дією, з'явилася можливість зменшити обсяг висікання тканин зуба.

В стоматології цей підхід має назву M.I.-therapy (від англ. Minimal Intervention Treatment – мінімально інвазивне лікування) або Minimal Invasive Dentistry (мінімально-інвазивна стоматологія). Підхід передбачає використання нових щадних способів та технік препарування.

В Україні техніки M.I.-therapy почали використовувати нещодавно, але й дотепер немає чітких інструкцій щодо їх застосування.

Метою нашого дослідження було вивчення інструментального забезпечення різних способів та методів мікропрепарування.

Традиційна номенклатура борів у своєму розпорядженні має лише один прийнятний для цієї мети інструмент – це кулясті твердосплавні та алмазні бори розміру 1, діаметр яких складає 1мм. Відповідно мінімальний розмір порожнини, яку можна створити борами, також буде становити 1-3 мм і більше. На сьогодні це суттєво перевищує мінімально можливий і необхідний обсяг препарування. Ширина щілиноподібної фіссури (тип 3), наприклад, становить близько 0,1 – 0,3 мм. Тобто, застосування в процесі препарування кулястого бору №1 призведе до перерозширення і втрати здорових тканин зуба. Крім того, при M.I.-Theгару можна використовувати ультразвуковий та інші способи препарування, які потребують спеціальних знарядь.

Отже, правильний вибір борів по матеріалу та розміру, вибір наконечника під скейлер - усе це покращить ефективність проведення мікропрепарування та вплине на естетичну реставрацію твердих тканин зубів.