

групах дослідження і становив 1,9, 1,8 відповідно по Федорову-Володкиной, та 1,4, 1,3 по Грину-Вермильону. Через місяць після фіксації найкращі показники гігієни порожнини рота встановлено в 3 групі дослідження ($p \leq 0,05$).

Висновок. Застосування пацієнтами із зубо-щелепними аномаліями, за умов лікування брекет-технікою, індивідуального алгоритму і наглядного навчання методам гігієнічного догляду за ротовою порожниною більш ефективно в порівнянні з традиційними методами по інформованості і володіння цими навичками. Використання електричної зубної щітки Oral-B сприяє кращому видаленню зубного нальоту з зубів у порівнянні із доглядом з використанням механічної зубної щітки «ОРТО».



УДК 616.314.9-08:615.46

О. І. Лютіков

Національний медичний університет ім. О. О. Богомольця

МОЖЛИВІСТЬ ЗАСТОСУВАННЯ КОМПОЗИЦІЙНИХ / КОМПОМЕРНИХ МАТЕРІАЛІВ ПРИ ВІДНОВЛЕННІ ТИМЧАСОВИХ МОЛЯРІВ

Актуальність. На сьогоднішній день карієс тимчасових зубів залишається досить актуальною проблемою не лише в Україні, а й у світі. При цьому в структурі уражень тимчасові моляри займають перше місце. З метою їх відновлення застосовуються різні пломбувальні матеріали та методики, хоча клінічна ефективність ряду методів залишається спірною.

Мета. Клінічну ефективність та визначити витрачений час при застосуванні різних пломбувальних матеріалів при відновленні тимчасових молярів.

Матеріали і методи. 15 дітей віком від 4 до 8 років (середній вік = 5,8) були розділені на 2 клінічні групи: основна (реставрації виконувалися композиційними (КЗ) / компомерними (КМ) матеріалами) і контрольна (склоіономерний цемент (СІЦ)). Всього було виконано 30 реставрацій. Оцінка проводилася за критеріями USPHS відразу після виконання, через 3, 6 і 12 місяців. При виконанні кожної реставрації проводився хронометраж і враховував безпосередньо процедуру відновлення один лікар без асистента.

Результати. Через 12 міс. показник «А» для крайової адаптації складав КЗ – 90 %, КМ – 87,5%, СІЦ – 58 %; для крайового профарбовування 70 %, 75 %, 50 % відповідно. Ознаки вторинного карієсу на межі з реставрацією відсутні у КЗ / КМ – 100 %, СІЦ – 92 %. Результати хронометричного дослідження: час для виконання реставрації з композиційного матеріалу з адгезивною системою 5 покоління – 4 хв. 38 сек, компомерного матеріалу (7 покоління) – 2 хв. 32 сек, СІЦ – 6 хв. 5 сек.

Висновки. Результати дослідження демонструють високу клінічну ефективність застосування композиційних / компомерних матеріалів при відновленні тимчасових молярів, і можуть бути рекомендовані до широкого застосування у дітей з високим рівнем співпраці.



УДК 616.314.26-007.271-053.2-079.4

Д. М. Махницький

Київський медичний університет Української асоціації народної медицини

ПРОФІЛАКТИКА ВТОРИННИХ ЗУБОЩЕЛЕПНИХ ДЕФОРМАЦІЙ У ДІТЕЙ, ЩО ВТРАТИЛИ ФРОНТАЛЬНУ ГРУПУ ЗУБІВ

Актуальність теми. Зубне протезування дітей в наш час залишається досить актуальним. Низька обізнаність батьків щодо профілактики карієсу зубів у дітей призводить до ускладнень. Як наслідок, раннє видалення тимчасових чи постійних зубів. Такий стан потребує негайного втручання лікаря для заміщення дефекту зубного ряду, який утворився, бо вторинні зубощелепні деформації у дітей виникають в 10 разів швидше ніж у дорослих (Дорошенко С. І. 1991, Тріль С. І. 1994, Фліс П. С. 2010).

Особливо помітна втрата фронтальних зубів. Різці одні з перших прорізаються і, нажалю, 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 часті 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 вищевказане 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.