

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ОЧИЩАЮЩИХ СВОЙСТВ ЖЕСТКОЙ ПИЩИ И ЗУБНЫХ ПАСТ

COMPARATIVE ASSESSMENT OF THE CLEANING PROPERTIES OF HARD FOOD AND TOOTHPASTE

Borisenko M.I., Tsviliy I.V., Assist. Artemjev A.V.

ВГУЗУ «Украинская медицинская стоматологическая академия»

Кафедра детской терапевтической стоматологии с профилактикой стоматологических заболеваний

В современной стоматологии проблема ухода за полостью рта, с учетом высокой интенсивности и распространенности кариеса и заболеваний тканей пародонта, остается весьма актуальной. Мало научной информации относительно чистящих свойств зубных паст и возможностей применения с целью ухода за полостью рта продуктов, которые относятся к твердым и жестким (яблоки, морковь). Это тем более важно, когда пациент вынужден пользоваться ортопедическими и ортодонтическими конструкциями (научных работ, которые бы с помощью гигиенических индексов оправдывали бы назначение той или иной зубной пасты в этих целях, нами не встречено).

Актуальной проблемой для врача-стоматолога является выбор между известными средствами гигиены полости рта и твердой и жесткой пищей (выбор возможности применять и пасты, и твердую пищу одновременно, или чередуя).

Новизной предлагаемой работы является проведение сравнительной оценки чистящих свойств твердых и жестких продуктов питания (яблок, нарезанных кубиками и моркови, нарезанной кружками) и чистящих свойств рекомендуемой зубной пасты Colgate-Palmolive, во время ношения пациентом брекет-системы и ортопедических конструкций.

Целью работы было проведение сравнительной оценки чистящих свойств яблок, моркови и зубной пасты Colgate-Palmolive.

Методом исследования гигиены полости рта послужил гигиенический индекс Silness-Loe. Анализу были подвергнуты пациенты, носящие брекет-системы и ортопедические конструкции, в количестве 30 человек (20-22 лет). Пациенты были обследованы в три этапа с интервалами в 1 месяц. В первое посещение проведена контролируемая чистка зубов с применением кубиков яблок. Во второе посещение проведена контролируемая чистка зубов с применением кружков моркови. В третье посещение проведена контролируемая чистка зубов при применении пасты Colgate-Palmolive. Между этими интервалами в основе ухода за полостью рта оставалась зубная паста. Анализ проводился в каждое последующее посещение утром и вечером. В первое посещение индекс Silness-Loe в утреннее время до чистки кубиками яблок составил от 1 до 2 баллов, после чистки от 0 до 1 баллов. Индекс Silness-Loe в вечернее время до чистки составил от 1 до 3 баллов, после чистки от 0 до 2 баллов.

Во второе посещение индекс Silness-Loe в утреннее время до чистки кружками моркови составил от 0 до 2 баллов, после чистки от 0 до 1 балла. И индекс Silness-Loe в вечернее время до чистки составил от 1 до 2 баллов, после чистки от 0 до 2 баллов. В третье посещение индекс Silness-Loe в утреннее время до чистки пастой составил от 1 до 2 баллов, после чистки от 0 до 1 балла. Индекс Silness-Loe в вечернее время до чистки составил от 1 до 3 баллов, после чистки от 0 до 2 баллов.

Выводы. Гигиена полости рта в утреннее время сохраняет лучшие результаты по сравнению со временем вечера. Чистка с помощью твердых продуктов или с применением пасты дает одинаковые результаты гигиены полости рта. Следовательно, можно применять пасту и твердые продукты одновременно, или порознь с учетом их полной взаимозаменяемости.

ОЦІНКА ЕФЕКТИВНОСТІ ЗАСТОСУВАННЯ ОЗОНОТЕРАПІЇ ПРИ ЛІКУВАННІ ГОСТРОГО ПОЧАТКОВОГО КАРІЄСУ В ТИМЧАСОВИХ ЗУБАХ У ДІТЕЙ

ESTIMATION OF EFFICIENCY OF OZONE THERAPY APPLICATION IN TREATMENT OF ACUTE INITIAL CARIES IN TEMPORARY TEETH IN CHILDREN

Chirkova V.M., Assoc. Prof. Khmil O.V.

ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія»

Кафедра дитячої терапевтичної стоматології з профілактикою стоматологічних захворювань

Серед усіх біологічних ефектів озону традиційне перше місце займає його бактеріо-, фунгі- та вірицидний ефект. О₃ знищує практично усі мікроорганізми, що робить його найбільш ефективним антибактеріальним засобом. Безпосередньою причиною загибелі бактеріальної клітини під час дії озону є локальне пошкодження плазматичної мембрани бактерій, що призводить до втрати життєдіяльності або впливає на їх здатність до розмноження.

Пряма дія озону виявляється під час зовнішнього застосування його різних модифікацій, особливо у надвисоких концентраціях. При цьому, на відміну від багатьох відомих антисептиків, озон не подразнює і не руйнує тканини макроорганізму тому, що на протипагу мікроорганізмам багатоклітинний організм людини має потужну антиоксидантну систему захисту. Крім того, молекула О₃ значно менша за розміром, у порівнянні з молекулами інших антисептиків, що сприяє її надзвичайно високій проникаючій здатності.

Метою нашого дослідження була порівняльна оцінка ефективності традиційного лікування гострого початкового карієсу методом сріблення та за допомогою озону.

Було обстежено 19 дітей у віці 4-6 років з гострим початковим карієсом у фронтальних зубах. Діти були поділені на 2 групи: I групу дітей (10 осіб) лікували традиційним методом, шляхом нанесення на уражені зуби однокомпонентного аргенату без використання озону; II групу (9 осіб) - методом озонотерапії. Для озонотерапії використовували апарат Ozonumed. Дітям провели по 5 процедур через 1 день з наступною обов'язковою ремтерапією.

Резистентність емалі у кожній клінічній групі спостереження досліджували за допомогою експрес-ТЕР тесту (В. П.А. Авдусенко 1986). Обстеження проводили за загальноприйнятою схемою.

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.