

12 і 15 років, учнів середніх шкіл на предмет вивчення поширеності аномалій зубних рядів. Аналіз одержаних результатів проводився за класифікацією Калвеліса. Результати опрацьовані статистично з використанням критерію Ст'юдента.

Результати дослідження. На основі проведеного дослідження було встановлено, що серед усіх видів патології в обстежених дітей діагностовано аномалії зубних рядів ($53,68 \pm 2,22\%$), що може бути зумовлено включенням у цю групу аномалій положення окремих зубів згідно з класифікацією, яку ми використовували. Поряд із тим, виявлено, що аномалії зубних рядів серед дітей із зубощелепними аномаліями становлять у середньому $75,21 \pm 2,28\%$. Аналіз цієї патології залежно від віку показав, що серед 7-річних дітей аномалії зубних рядів зустрічаються в $39,70 \pm 4,28\%$ дітей цієї вікової групи ($59,77 \pm 5,26\%$ дітей із ЗЩА); у дітей 9 років цей показник

складає $48,70 \pm 6,68\%$ ($70,00 \pm 5,12\%$ дітей із ЗЩА) ($p > 0,05$). Показник поширеності аномалій зубних рядів найвищим виявлено у 12-річних дітей - $63,24 \pm 4,14\%$ усіх обстежених дітей та $85,15 \pm 3,54\%$ дітей із ЗЩА, а в 15 років він становить $62,81 \pm 4,39\%$ ($83,52 \pm 3,89\%$ дітей із ЗЩА).

У структуру аномалій зубних рядів за обраною нами класифікацією входять аномалії положення окремих зубів. Аналіз поширеності аномалій положення окремих зубів показав, що в цій групі аномалій найчастіше, в середньому у $8,35 \pm 1,34\%$, зустрічається тортоаномалія зубів.

Інші аномалії положення окремих зубів зустрічаються в такій послідовності: вестибулярне положення - $6,96 \pm 1,14\%$, оральне положення - $2,79 \pm 0,73\%$, супраоклюзія і дистопія - $1,79 \pm 1,59\%$, інфраоклюзія - $1,40 \pm 0,53\%$, дистальне положення - $1,00 \pm 0,45\%$, медіальне - $0,80 \pm 0,40\%$ і транспозиція - $0,20 \pm 0,20\%$.

Діастемами ми виявили в $11,34 \pm 1,41\%$, тремі - в $9,15 \pm 1,29\%$ обстежених дітей. Скупчення зубів діагностовано в $34,00 \pm 2,11\%$, причому кількість випадків на верхньому зубному ряді складає $17,70 \pm 1,70\%$, на нижньому зубному ряді - $18,29 \pm 1,73\%$.

Серед аномалій форми зубних рядів домінує звуження зубного ряду, що виявлено у $24,85 \pm 1,93\%$; V - подібна форма зубного ряду зустрічається в $10,14 \pm 1,35\%$, сидлоподібна - в $1,20 \pm 0,49\%$, чотирикутна форма та асиметрія зубного ряду - в $0,60 \pm 0,35\%$.

Висновки. Отже, згідно з нашими дослідженнями можна стверджувати, що в дітей із регіону з підвищеним умістом фтору в питній воді на фоні фтористої гіпоплазії встановлені високі показники поширеності аномалій зубних рядів, що потребує подальшого детального вивчення з метою інтегрального підходу до розпрацювання лікувальних алгоритмів.

Шейко А.П., Удальцова К.О.

ПАТОМОРФОЛОГІЧНЕ ОБҐРУНТУВАННЯ КАРІЕСУ МОЛОЧНИХ ЗУБІВ

ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія»

Вступ. Відомо, що до причин каріесу зубів як постійних, так і молочних належать різноманітні патогенні фактори, переважно екзогенного походження, серед яких провідну роль відіграють деякі патогенні мікроорганізми; їхня вірулентна діяльність призводить до локального підвищення кислотності на певних ділянках емалі, внаслідок чого вона зазнає декальцинації каріозної порожнини, що призводить до утвору. Ця інфекційна теорія була й залишається серед стоматологів домінуючою, визна-

чаючи відповідну тактику профілактики й лікування каріесу.

Метою дослідження є зіставлення даних літератури з метою виявлення провідних патогенетичних факторів каріозного ураження молочних зубів людини.

Матеріал і методи дослідження. Останніми роками теоретично обґрунтований новий підхід до розуміння природи каріозного процесу, який розглядається авторами як наслідок реакції місцевої імунної системи на первинні або змінні аутоантигени зубної емалі.

Результати дослідження і їх обговорення. Судячи з даних літератури, причини високої схильності молочних зубів до каріесу залишаються дотепер нез'ясованими. Мало того, в літературі практично відсутні роботи, спрямовані на детальне вивчення особливостей будови молочних зубів, що дало б можливість установити відмінність у структурі їхніх тканин (пульпа, дентин, емаль) від таких постійних зубів, які в порівнянні з молочними зубами стійкіші до

карієсу. Таке положення пояснюється відомою думкою, що в основному інформація про будову постійних зубів може бути з невеликими виправленнями перенесена на молочні зуби. Такі ж міркування лежать у основі розгляду питань етіології й пато-

генезу каріозного ураження молочних зубів, що без ґрунтовної перевірки й необхідних уточнень, які в літературі відсутні, не може вважатися правильним.

Висновки. Отже, карієс молочних зубів слід розглядати як місцевий прояв деяких пору-

шень внутрішнього середовища організму, що породжують у пульпі зуба дисфункціональний стан, який негативно позначається на здатності одонтоблестів виконувати обмінні процеси між пульпою і твердими тканинами зуба.

Шеремета Е.А., Колесник К.А.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ЩАДЯЩЕЙ ФИБРОТОМИИ ПРИ УСТРАНЕНИИ СКУЧЕННОСТИ НИЖНИХ ФРОНТАЛЬНЫХ ЗУБОВ

Крымский государственный медицинский университет им. С. И. Георгиевского

Одним из факторов, влияющих на возникновение рецидива после ортодонтического лечения скученности фронтальных зубов, является тенденция периодонтальных, десневых волокон возвращаться после натяжения под действием ортодонтических сил в первоначальное состояние. Для снижения напряжения в связочном аппарате зуба и оптимизации его структурирования в ретенционный период в процессе ортодонтического лечения рекомендовано проведение хирургического вмешательства - фибротомии.

Исходя из вышеизложенного, целью настоящего исследования явилось изучение влияния щадящей фибротомии на ткани пародонта при ортодонтическом лечении скученности нижних фронтальных зубов в динамике ретенционного периода.

Материал и методы исследования. Для достижения цели исследования было проведено ортодонтическое лечение 34 пациентов со второй степенью скученности нижних фронтальных зубов в возрасте 20 - 25 лет. Пациенты были распределены на две группы:

1-я группа (основная) - 18 человек, которым осуществлялось ортодонтическое лечение, сочетаю-

щееся с проведением щадящей фибротомии;

2-я группа (контрольная) - 16 человек, у которых проводили ортодонтическое лечение техникой «Straight wire».

Щадящую фибротомию выполняли за 4 недели до дебондинга ортодонтической аппаратуры. При этом с помощью фибротомы рассекали связку в апроксимальных точках в области язычной и вестибулярной поверхностей зубов. Перед вмешательством определяли уровень погружения фибротомы градуированным зондом. Десну после проведения фибротомии обрабатывали «Солкосерилом» - дентальной адгезивной пастой в течение 3 дней. После операции стабилизировали зубной ряд проволоочной лигатурой. Для оценки гигиенического состояния полости рта использовали индексы Silness - Loe, Stallard. Степень выраженности воспалительного процесса в тканях десны определяли на основании пробы Шиллера-Писарева, степень тяжести гингивита - на основании индекса РМА (Рарма).

Результаты исследования оценивали после окончания апаратного лечения, через 6 ме-

сяцев и через год. В период финишной коррекции окклюзии (за месяц до окончания активного этапа лечения) у пациентов обеих групп определялся удовлетворительный уровень гигиенического состояния, отмечалась незначительная кровоточивость десны. Индекс РМА в среднем составлял 9,93% у исследуемых основной группы и 10,54% - в группе сравнения. Эти данные соответствовали легкой степени тяжести гингивита. Проба Шиллера-Писарева была слабоположительной, в среднем составляла 1,23%.

До проведения щадящей фибротомии у исследованного контингента глубина зубодесневой борозды, которую измеряли градуированным зондом с 4-х сторон зуба, в среднем составляла $1,73 \pm 0,15$ мм.

Применение в совокупности фибротомии с межапроксимальным стриппингом эмали снижает риск возникновения рецидива скученного положения зубов в 4 раза. При этом глубина зубодесневой борозды, по результатам измерений, остается в границах нормы от первоначальных ее измерений и в динамике ретенционного периода.