

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 аппроксимальных 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 проволочной 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 аппаратного 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 межаппроксимальным 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.

## КОРОТКІ ПОВІДОМЛЕННЯ

**Выводы.** По данным клинических методов исследования установлено, что при применении метода щадящей фибротомии не снижается уровень зубо-

десневого соединения; снятие напряжения мягких тканей прикрепленной десны исключает развитие воспаления в тканях пародонта, что подтверждает

отсутствие негативного воздействия метода на состояние тканей пародонта как в ближайшие, так и в отдаленные сроки наблюдения.

*Шешуков Д.В.*

## ВПЛИВ ЛІКУВАННЯ ЗНІМНИМИ І НЕЗНІМНИМИ ОРТОДОНТИЧНИМИ АПАРАТАМИ НА СТАН ЗУБІВ І ТКАНИН ПАРОДОНТА ДІТЕЙ

ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія»

Останнім часом помітний ріст частоти зубощелепних аномалій у дітей і підлітків, що супроводжується порушенням гомеостазу органів порожнини рота і створює умови для демінералізації емалі та запалення ясен. Ортодонтичні апарати, що застосовуються для лікування, викликають погіршення умов у порожнині рота і нерідко стають причиною ускладнень із боку тканин пародонта і твердих тканин зуба.

Нами проведено епідеміологічне обстеження 204 дітей для визначення поширеності та характеру зубощелепних аномалій, стану твердих тканин і пародонта. Визначення впливу застосованого апаратного лікування проведено шляхом динамічного спостереження 35 дітей 12-14 років протягом 6 міс.

Щодо ураженості карієсом, то за даними нашого спостереження, 90% дітей із ортогнатичним прикусом мають уражені карієсом зуби. Найвища ураженість гінгівітом визначена в дітей із відкритим прикусом (65,5%), тоді як у дітей із ортогнатичним – 2,8%. Найбільш сприйнятливі щодо ураження як карієсом, так і гінгівітом діти зі скупченням зубів, таким дітям необхідна допомога стоматолога-терапевта. Визначено, що в дітей із ЗЩА, які носять знімні апарати, значно рідше діагностують добрий гігієнічний стан, крім цього, кількість дітей із дуже поганим станом гігієни порожнини рота протягом 6 міс. лікування в ортодонта збільшилася в 4 рази. Неадекватна гігієна порожнини рота впливає на стан ясен, про що свідчить індекс РМА.

За результатами аналізу його динаміки в дітей протягом 6 міс. ортодонтичного лікування визначене значне зменшення кількості дітей із легким ступенем гінгівіту – від 65% до 20% та збільшення кількості дітей із тяжким ступенем гінгівіту – від 0 до 15%.

За даними ТЕР-тесту, в процесі ортодонтичного лікування знижується резистентність емалі, що призводить до активізації демінералізації емалі та розвитку карієсу. Протягом лікування також знижується мінералізуюча здатність ротової рідини. Отримані дані спонукають до детальнішого вивчення динаміки гомеостазу порожнини рота і пошуку нових методів та засобів підвищення резистентності зубів і тканин пародонта в дітей, які підлягають ортодонтичному лікуванню.

*Шиленко Д.Р., Писаренко Е.А., Дубина В.А., Удальцова К.А.*

## ВЛИЯНИЕ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ОПТИЧЕСКОГО ПРЕЛОМЛЕНИЯ НА ВТОРИЧНЫЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ ЦВЕТА ЗУБА

ВГУЗУ «Украинская медицинская стоматологическая академия»

Зуб, как и любое физическое тело, подвластен всем законам физики. Ряд этих законов регулирует механизмы распростра-

нения света в нем. В частности, законы прямолинейного распространения, преломления и отражения света регулируют ряд

вторичных характеристик цвета зуба, таких как метамеризм, транслютерация, иридисценция и флюоресценция. Эти оптиче-