

ual perception of facial symmetry and its impact on the assessment of facial attractiveness. Objective evaluation of facial symmetry was performed by photometry. The test group involved 22 patients with unilateral Class II malocclusion and the control group involved 10 people with orthognatic bite. We evaluate the symmetry of the middle and lower third of the face, and transversal and vertical lip asymmetry by photos. To study peculiarities of the facial symmetry perception we designed survey of respondents. This allowed us to determine that the facial asymmetry in the patients with unilateral II-1 class malocclusion was expressed more ( $r < 0,001$ ) than in the adults with orthognatic bite. The lip asymmetry in the patients with unilateral Class II did not extend beyond the physiological asymmetry. The results of the survey showed the facial symmetry had a significant impact on the perception of facial attractiveness: symmetrical faces seemed more attractive. And contrariwise, persons' faces, which did not seem attractive, we tended to perceive as asymmetric. Thus, the symmetry is an important criterion for visual evaluating the person's attractiveness, so careful diagnosis of facial asymmetry and searching methods for its correction is the valid direction of further research.

УДК: 616.314.2-089.29-77-05:616.31-002

*Попович І.Ю., Петрушанко Т.О.*

## **ТАКТИКА ЗАМІЩЕННЯ ВКЛЮЧЕНОГО ДЕФЕКТУ ЗУБНОГО РЯДУ НА ЕТАПІ ПАРОДОНТОЛОГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ**

ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія», м.Полтава

*В статті представлений підхід до лікувальної тактики пацієнтів із хронічним генералізованим пародонтитом при наявності малого включеного дефекту зубного ряду у фронтальній ділянці з одночасним шинуванням рухомих зубів за допомогою скловолокна та фотополімерного матеріалу. Використання даного методу лікування у пацієнтів із захворюваннями пародонта дозволяє в одне відвідування ліквідувати естетичний дефект, розподілити рівномірно жувальне навантаження і забезпечити максимально ефективне функціонування зубо-пародонтального комплексу і є методом вибору в лікуванні пародонтологічних пацієнтів.*

Ключові слова: захворювання пародонта, адгезивна мостовидна конструкція, шинування зубів.

На сьогоднішній день розповсюдженість захворювань пародонту та їх агресивність збільшується з кожним роком. У зв'язку з цим пацієнти в достатньо молодому віці можуть мати патологічну рухомість зубів, вторинні деформації оклюзійної поверхні та втрачати окремі зуби внаслідок прогресуючої резорбції кісткової тканини та розвитку рухомості зубів [1,2]. Як наслідок таких змін постає питання найбільш раціонального заміщення втрачених зубів.

На сучасному рівні стоматологія передбачає заміщення поодиноких включених дефектів зубних рядів за допомогою імплантологічного лікування, виготовлення ортопедичних незнімних та знімних конструкцій, адгезивних мостовидних конструкцій прямим та непрямим методом.

Перебіг генералізованого пародонтиту, як правило, відбувається на фоні загальносоматичної патології (ендокринні захворювання, патологія шлунково-кишкового тракту, гематологічні хвороби та ін.). Тому в багатьох випадках пацієнти мають загальні та місцеві протипоказання до проведення імплантологічного лікування.

Виготовлення незнімних ортопедичних конструкцій у пародонтологічних пацієнтів має свої особливості. Більшість пацієнтів мають резорбцію кісткової тканини альвеолярного паростка та зміщення зубів у вертикальній та сагітальній площинах. Це в свою чергу вимагає від лікарів стоматологів-ортопедів проведення попереднього ендодонтичного лікування опорних зубів. Під

час підготовки опорних зубів під незнімні ортопедичні конструкції від лікаря стоматолога-ортопеда потребується значне їх препарування. Присутність металу в порожнині рота у пародонтологічного пацієнта є одним з небажаних факторів для досягнення довготривалої ремісії. Застосування знімної шини-протеза є найбільш раціональним методом, але більшість пацієнтів негативно ставляться до даного виду протезування.

Раціональним методом відновлення малих включених дефектів зубних рядів є виготовлення прямої адгезивної мостоподібної конструкції на основі скловолокна. Однак одними з клінічних протипоказань до використання даної методики є рухомість опорних зубів і захворювання тканин пародонта II-III ступеня [3]. Тому питання заміщення малих включених дефектів у пародонтологічних пацієнтів залишається актуальним. Одним з головних умов профілактики розвитку загострення, досягнення ремісії та довготривалої стабілізації у пародонтологічних пацієнтів є: рівномірний перерозподіл жувального навантаження під час жування та стабілізація рухомих зубів.

В зв'язку з цим метою нашої роботи стало підвищення ефективності заміщення малих включених дефектів зубних рядів у хворих на генералізований пародонтит.

Для досягнення мети заміщення малих включених дефектів у пародонтологічних пацієнтів ми віддаємо перевагу виготовленню прямої адгези-

вної мостоподібної конструкції з одночасним шинуванням рухомих зубів. Це дозволяє не тільки естетично відновити втрачений зуб, але і досягти стабілізації зубного ряду. При цьому дана конструкція моделюється за одне відвідування протягом 2-3 годин безпосередньо під час клінічного прийому у лікаря стоматолога-терапевта. Така тактика курації пацієнтів із аналогічними дефектами зубних рядів застосована у 12 хворих на генералізований пародонтит різного ступеня тяжкості. Виконані клінічні та рентгенологічні спостереження у динаміці у терміни 2-4 роки.

Проводилось деталізоване суб'єктивне та об'єктивне стоматологічне обстеження. Для оцінки стану оральної гігієни використовували спрощений індекс гігієни порожнини рота Гріна-Вермільйона (OHI-S, Oral Hygiene Index Simplified, Green-Vermillion, 1964) [4]. Кількісну оцінку пародонтологічного статусу проводили за допомогою індексу кровоточивості сосочків (PBI) по Saxer та Muhlemann, папілярно-маргінально-альвеолярного індексу РМА по Парма, комплексного періодонтального індексу (КПІ) за Леусом та пародонтального індексу (PDI) за Ramfjord [5,6]. Якісна оцінка стану пародонта визначена на основі проби Шиллера-Писарева, а також інтерпретували її в числовому варіанті за Свраковим (1963) [5]. Стан кісткової тканини альвеолярного відростка оцінювали рентгенологічно (ортопантомограма та внутрішньоротові контактні рентгенівські знімки). Пародонтологічний діагноз формулювали за класифікацією захворювань

**Зубна формула**

		A		A							A	A		PI	
1.8	1.7	1.6	1.5	1.4	1.3	1.2	1.1	2.1	2.2	2.3	2.4	2.5	2.6	2.7	2.8
4.8	4.7	4.6	4.5	4.4	4.3	4.2	4.1	3.1	3.2	3.3	3.4	3.5	3.6	3.7	3.8
	PI	PI										A		A	PI

Найвні немінералізованих та мінералізованих над- та підясеневі зубні відкладення. Ясна гіперемовані з цианотичним відтінком, набряклі, пастозні, кровоточать при зондуванні. Діагностовано пародонтальні кишени в ділянці 1.7, 1.5. – 5мм, 1.3. – 7 мм, 1.2,1.1 – 6 мм, 2.1 – 11 мм, 2.2 – 6 мм, 2.3 – 6 мм, 2.6, 2.7 – 7 мм, 3.8 – 4 мм, 3.6 – 3,5 мм, 3.4, 3.3, 3.2, 3.1, 4.1 - 3мм, 4.1,4.2. – 4 мм, 4.3 – 4 мм, 4.4- 5 мм, 4.5, 4.6,4.7 – 3 мм. При зондуванні пародонтальної кишени в ділянці 2.1 виділяється гнійний ексудат.

Відмічається патологічна рухомість 3.4-4.3, 3.6, 3.8, 4.4-4.7, 1.3, 2.3, – першого ступеня, 1.7, 1.5, 1.2, 1.1, 2.2, 2.6, 2.7 – другого ступеня, 2.1- третього ступеня.

Рентгенологічно визначається резорбція кісткової тканини до 1/2 довжини коренів.

Діагноз: Хронічний генералізований пародонтит 2 ступеня тяжкості,

пародонта М.Ф.Данилевського [7]. Така тактика курації пацієнтів із аналогічними дефектами зубних рядів застосована у 12 хворих на генералізований пародонтит різного ступеня тяжкості.

В якості ефективності такого підходу до відновлення зубного ряду при втраті одного зуба, зокрема, у фронтальній ділянці, наводимо деталізований опис клінічного прикладу.

В клініку терапевтичної стоматології звернувся пацієнт Д., 50 років, із скаргами на неможливість пережувувати їжу, рухомість фронтальних зубів на верхній щелепі та естетичний дефект зубного ряду у вигляді проміжків між зубами. При цьому він відмічав неприємних запах з рота та кровоточивість ясен.

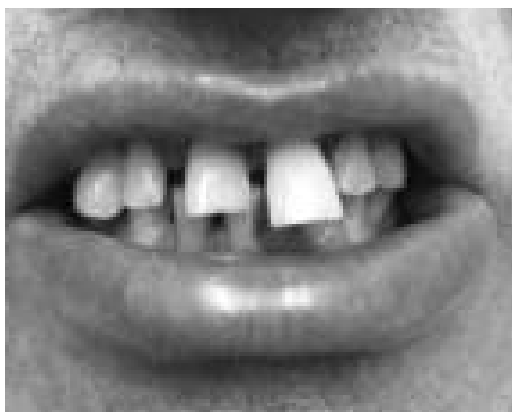
Із анамнезу з'ясовано, що пацієнт страждає на захворювання пародонта з 28 років, коли вперше з'явилися запалення ясен і незначна рухомість фронтальних зубів та перших молярів. Стоматологічне лікування на той період не проводилось. Періодами (раз у три-чотири роки) пацієнту виконували професійну гігієну порожнини рота. Останні два роки загострення захворювання відбувались один раз на три місяці. Вважає себе практично соматично здоровим.

Об'єктивно: загальний стан пацієнта задовільний, конфігурація обличчя не змінена, регіонарні лімфоузли щелепно-лицьової ділянки не пальпуються, рухи нижньої щелепи в повному обсязі, слизова оболонка порожнини рота без видимих патологічних змін. Визначаються аномалії положення 2.1, діастема, тремі.

**Лікування.**

Після проведення професійної гігієни порожнини рота та її антисептичної обробки було здійснено видалення 2.1 та підготовка 1.3, 1.2, 1.1, 2.2, 2.3 для шинування і одномоментного заміщення включеного дефекту зуба за допомогою скловолоконної стрічки «Поліглас» шириною 2 мм і власної коронкової частини видаленого зуба 2.1 пацієнта.

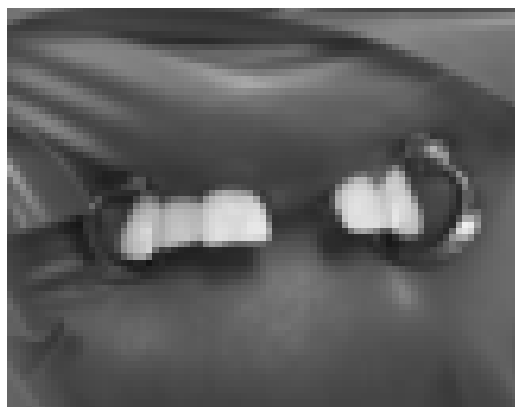
Проведено закриття діастеми і трем у техніці прямої реставрації 1.3, 1.2, 1.1, 2.2, 2.3 фотополімерним матеріалом «Церам Х дуо», шинування 1.3 – 2.3 за допомогою скловолоконної стрічки «Поліглас», текучого матеріалу «SDR» (Dentsply), фотополімерного матеріалу «Церам Х дуо» (Dentsply) та одномоментне відновлення включеного дефекту 2.1 із використанням коронкової частини зуба пацієнта (рис. 1-5).



*Рис. 1. Фото фронтальної ділянки зубних рядів пацієнта Д., 50 років до початку лікування*



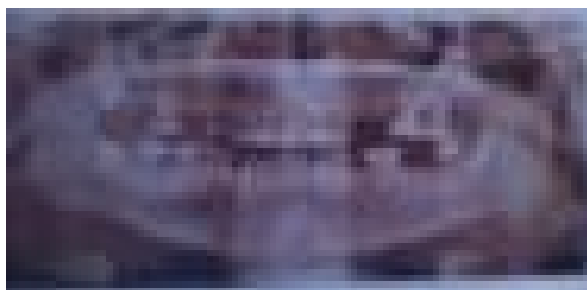
*Рис. 2. Етап ліквідації діастеми і трем.*



*Рис. 3. Етап шинування зубів.*



*Рис. 4. Фото фронтальної ділянки зубних рядів пацієнта Д., 50 років після проведеного лікування.*



*Рис. 5. Ортопантомограма пацієнта Д. після виконаного шинування та заміщення малого включеного дефекту зубного ряду.*

Така тактика курації пацієнтів із аналогічними дефектами зубних рядів застосована у 12 хворих на генералізований пародонтит різного ступеня тяжкості. Віддалені результати клінічних спостережень, індексних показників та рентгенологічних показників засвідчили про ремісію патологічного процесу у ділянках виготовлення адгезивних мостоподібних конструкцій у вигляді відсутності запального процесу в яснах, прогресування кісткових патологічних змін за даними рентгенологічного обстеження, патологічної рухомості зубів, пародоніальних кишень у терміни 6 — 48 місяців клініко-лабораторного спостереження.

### **Висновок**

Таким чином проведене шинування зубів із одночасним закриттям діастеми і трем та відновленням включеного дефекту зубного ряду дозволяє в одне відвідування ліквідувати у пацієнта естетичний дефект, розподілити рівномірно жувальне навантаження і забезпечити максимально ефективне функціонування зубо-пародонтального комплексу і, на нашу думку, є методом вибору в комплексному поєднаному диференційованому лікуванні пародонтологічних пацієнтів.

### Література

1. Модина Т.Н. Комплексное лечение пациентов с генерализованным пародонтитом / Т.Н. Модина, Ю.Ю. Вольвач // Клиническая стоматология - 2015. - №2. - С.14-17.
2. Вольф Г.Ф. Пародонтология : Руководство-атлас / Г.Ф. Вольф, Є.М. Ратейцхак, К. Ратейцхак. - М. : МЕДпресс-информ, 2014. - 548 с.
3. Пономаренко О. Адгезивные мостовидные конструкции боковых зубов. Часть 1 / О. Пономаренко // Дент арт - 2012. - №2, С.6-14.
4. Green I.C. The simplified oral hygiene index / I.C. Green, J.P. Vermillion // Journal of the American Dental Association - 1964. - Vol. 68. - P.7-13.
5. Мюллер Х. Пародонтология. Пер. с нем. / Мюллер Х. - Львов : ГалДент., 2004. - 256с.
6. Цепов Л.М. Диагностика и лечение заболеваний пародонта / Л.М. Цепов, А.И. Николаев - М. : МЕДпресс-информ, 2002. - 192с.
7. Данилевський М.Ф. Терапевтична стоматологія: Підручник: у 4 т. / [М.Ф. Данилевський, А.В. Борисенко, А.М. Політун та ін.]. - К. : Медицина, 2008. - Т.3: Захворювання пародонта. - 2008. - 616 с.

### References

1. Modina T.N. Kompleksnoe lechenie pacientov s generalizovannym parodontitom / T.N. Modina, Ju.Ju. Vol'vach // Klinicheskaja stomatologija - 2015. - №2. - S.14-17.
2. Vol'f G.F. Parodontologija : Rukovodstvo-atlas / G.F. Vol'f, Є.M. Ratejchak, K. Ratejchak. - M. : MEDpress-inform, 2014. - 548 s.
3. Ponomarenko O. Adgezivnye mostovidnye konstrukcii bokovyh zubov. Chast' 1 / O. Ponomarenko // Dent art - 2012. - №2, S.6-14.
4. Green I.C. The simplified oral hygiene index / I.C. Green, J.P. Vermillion // Journal of the American Dental Association - 1964. - Vol. 68. - P.7-13.
5. Mjuller H. Parodontologija. Per. s nem. / Mjuller H. - L'vov : GalDent., 2004. - 256s.
6. Cepov L.M. Diagnostika i lechenie zabolevanij parodonta / L.M. Cepov, A.I. Nikolaev - M. : MEDpress-inform, 2002. - 192s.
7. Danilevs'kij M.F. Terapevtichna stomatologija: Pidruchnik: u 4 t. / [M.F. Danilevs'kij, A.V. Borisenko, A.M. Polytun ta in.]. - K. : Medicina, 2008. - T.3: Zahvorjuvannja parodonta. - 2008. - 616 s.

### Реферат

ТАКТИКА ЗАМЕЩЕНИЯ ВКЛЮЧЕННОГО ДЕФЕКТА ЗУБНОГО РЯДА НА ЭТАПЕ ПАРОДОНТОЛОГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ  
Попович И.Ю. Петрушанко Т.А.

Ключевые слова: заболевания пародонта, адгезивная мостовидная конструкция, шинирование зубов.

В статье представлен подход к лечебной тактике пациентов с хроническим генерализованным пародонтитом при наличии малого включенного дефекта зубного ряда во фронтальном участке с одновременным шинированием подвижных зубов с помощью стекловолокна и фотополимерного материала. Использование данного метода лечения у пациентов с заболеваниями пародонта позволяет в одно посещение ликвидировать эстетический дефект, распределить равномерно жевательную нагрузку и обеспечить максимально эффективное функционирование зубо-пародонтального комплекса и является методом выбора в лечении пародонтологических пациентов.

### Summary

TACTICS TO REPLACE INCLUDED DENTITION DEFECTS DURING PERIODONTAL TREATMENT  
Popovich I.Yu., Petrushanko T. A.

Key words: periodontal disease, adhesive bridge, teeth splinting.

The paper focuses on the approach in the treatment tactics of patients with chronic generalized periodontitis who have small dentition defects in the frontal area with simultaneous mobile teeth splinting by fiberglass and photopolymer material. This approach enables the patients with periodontal disease to correct aesthetic defect in one visit only, to distribute masticatory stress evenly, and to provide the most efficient functioning of the dento-periodontal complex, that is the method of choice in the treatment of periodontal patients.