

Матеріали і методи. На прикладі декількох клінічних випадків з застосуванням різних видів ортодонтичних апаратів показано підхід до планування ортодонтичного лікування в естетично важливій зоні (ЕВЗ). Для планування застосовуються наступні діагностичні дослідження: аналіз фотографій обличчя, аналіз фотографій посмілки і різних сегментів посмілки пацієнта, аналіз діагностичних моделей щелеп з визначенням індексу відповідності розмірів зубів (Bolton, 1958[1]), вимірювання пропорцій зубів, аналіз моделей щелеп в артикуляторі.

Результати і обговорення. Планування ортодонтичного лікування в естетично важливій зоні – фронтальному ділянці верхнього і нижнього зубних рядів – є важливим етапом планування ортодонтичного лікування пацієнта в цілому. Аналіз початкової ситуації в ЕВЗ на початку ортодонтичного лікування включає:

1. Оцінка типу і ступеня прорезивання зубів ЕВЗ;
2. Оцінка глибини зубо-десневої бороздки, наявність і глибини патологічних пародонтальних карманів;
3. Оцінка рівня компактного речовини альвеолярного відростка верхньої і нижньої щелепи в ЕВЗ;
4. Необхідність і ступінь зміни рівня зубо-десневого прикріплення окремих зубів;
5. Необхідність селективної інтрузії/екструзії окремих зубів, її величину;
6. Оцінку зміни положення режущого краю окремих зубів після зміни їх вертикального положення;
7. Планування пропорцій зубів (висоти і ширини клінічної коронки) після зміни положення окремих зубів, як в трансверсальній, так і в вертикальній площинах, з урахуванням положення нижньої щелепи і розташування середніх ліній верхнього і нижнього зубного рядів.

Після проведеного попереднього аналізу в ЕВЗ і планування маніпуляцій виконується переміщення зубів в заплановане положення, сопряженное з зміною їх розмірів і пропорцій згідно плану ортодонтичного лікування в ЕВЗ.

Висновки. Планування ортодонтичного лікування фронтальної ділянки верхнього і нижнього зубних рядів проводиться шляхом ретельного аналізу початкових даних, включаючи рівень зубо-десневого прикріплення, пропорції зубів, відповідність розмірів зубів фронтальної ділянки верхнього і нижнього зубних рядів і побажань пацієнта. Важливим аспектом є перевірка оклюзійних відношень по завершенні процесу ортодонтичного лікування для правильного і безперешкодного функціонування зубо-щелепної системи пацієнта.



УДК 616.314.17-002-02-092:551.584

І. В. Ковач, д. мед. н., М. В. Макаренко

Державний заклад «Дніпропетровська медична академія МОЗ України»

РОЛЬ МІКРОЕКОЛОГІЇ У ЕТІОПАТОГЕНЕЗІ ЗАПАЛЬНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ ПАРОДОНТУ

Актуальність вивчення мікроекології порожнини рота, дослідження механізмів розвитку основних стоматологічних захворювань та особливостей їх проявів в різному віці обумовлено декількома причинами. По-перше, ротова порожнина це екологічна система, в якій зовнішні фактори взаємодіють з внутрішніми і при цьому перебувають у динамічній рівновазі. По-друге, саме порушення мікроекології порожнини рота безсумнівно відіграють важливу роль у патогенезі захворювань тканин пародонту, а також їх перебігу і тяжкості. Ще одним аспектом проблеми вивчення екологічних особливостей порожнини рота у осіб молодого віку є те, що в прогнозуванні успіху лікування захворювань пародонту відіграє важливу роль вивчення мікрофлори.

Мікробні метаболіти відносяться до біологічно активних регуляторів, функціонуючим на рівні всього організму господаря. Отримавши гени, що кодуєть ознаки патогенності, мікроби набувають потенційну можливість викликати захворювання. В останні роки посилюється увага до можливого

впливу мікрофлори на перебіг запальних процесів в пародонті та виникнення або прогресування деяких системних захворювань на тлі сенсibiliзації організму людини.

Для встановлення особливостей мікробіоценозу ПР у пацієнтів з ГХКГ нами було визначено характер мікробіоценозу (спектр, частота виникнення і кількість мікроорганізмів) у практично здорових осіб молодого віку.

Вивчення стану мікробіоценозу порожнини рота оцінювали у пацієнтів за даними, які були отримані з основних біотопів порожнини рота. Структура біоценозу ротової рідини практично здорових людей молодого віку досить стабільна як в якісному, так і в кількісному відношенні, мікроорганізми представлені 4-ма основними родами: стрептококи, нейсерії, лактобацили, пептострептококи.

Вивчення мікробіоценозу основних біотопів порожнини рота у здорових осіб було проведено в двох вікових групах: 18-24 роки та 25-30 років (32 особи). При цьому видовий склад домінуючої флори біоценозу ротової рідини зберігався в обох вікових групах. Однак відзначалось значне зростання, практично на 2,6-2,8 порядку стрептококів (за рахунок *Streptococcus mutants*) у пацієнтів з карієсом зубів і на 3,2-3,4 порядку *Porphyromonas gingivalis* у пацієнтів з генералізованим хронічним катаральним гінгівітом, а також зниження на 1,5-1,8 lg КУО/мл кількості лактобацил у цих же пацієнтів відповідно. У 60,3 % пацієнтів зустрічаються колонії грибів роду *Candida* з помірним ростом.

При вивченні мікробіоценозу порожнини рота у пацієнтів 18-30 років, встановлено, що в ротовій рідині є додаткові мікроорганізми, такі як *Veillonella*, а також пародонтопатогенні мікроорганізми – *Prevotella intermedia*, *Actinobacillus actinomycetemcomitans* та *Bacteroides forsythus*. При цьому кількість пародонтопатогенних мікроорганізмів в ротовій рідині пацієнтів, що хворіють на хронічний катаральний гінгівіт, в 1,5-4 рази перевищує у здорових. На нашу думку, саме наявність симбіозу цих мікроорганізмів в порожнині рота провокує запалення в тканинах пародонту і на тлі індивідуальних факторів ризику в порожнині рота визиває хронічний катаральний гінгівіт. У пацієнтів з хронічним локалізованим катаральним гінгівітом при посіві зразків ротової рідини на дисбактеріоз зона просвітління складає $7,4 \pm 0,41$ мм, що відповідає I ступеню дисбактеріозу.

Таким чином, картина мікробіоценозу в порожнині рота у пацієнтів із стоматологічними захворюваннями значно відрізняється від здорових людей. Аналіз кількісного та якісного складу мікрофлори порожнини рота у пацієнтів з карієсом зубів та хронічним катаральним гінгівітом свідчить про її різноманітність. При цьому відзначалась перевага умовно - патогенних і патогенних мікроорганізмів, кількість яких достовірно перевищувала дані показників сапрофітної мікрофлори. Разом з тим, отримані цифрові дані мікробіологічних досліджень у пацієнтів з поєднаною патологією твердих тканин зубів та тканин пародонту свідчать про значний дисбіоз порожнини рота, який характеризується зниженням активності компенсаторних реакцій і відсутністю можливостей протистояти мікробній агресії у зв'язку з порушенням колонізаційної резистентності, що може відбиватися на перебігу та лікуванні основних стоматологічних захворювань.



УДК 616.31:616.9:616.314-083

І. В. Ковач, д. мед. н., О. Г. Шварцнау

Державний заклад «Дніпропетровська медична академія МОЗ України»

Державна установа «Інститут стоматології

Національної академії медичних наук України»

ОЦІНКА ЗАГАЛЬНОЇ МІКРОБНОЇ КОЛОНІЗАЦІЇ ЗУБНИХ ПОВЕРХОНЬ ДО І ПІСЛЯ ПРОФЕСІЙНОЇ ГІГІЄНИ

Поширеність основних стоматологічних захворювань – карієсу зубів і захворювань пародонту на сьогоднішній день не має тенденцію до зниження в Україні. Невід'ємним компонентом поліпшення стоматологічного здоров'я населення і профілактики основних стоматологічних захворювань є професійна гігієна порожнини рота (ПГ). Правильна і регулярна ПГ порожнини рота займає провідне місце в комплексі заходів, що запобігають виникненню карієсу зубів і захворювань пародонту.