

Найбільше клінічне значення ЗПП мають його естетичні наслідки. Як правило, це зміна дентофасіальної гармонії: квадратний вигляд коронок, оголення ясен під час посмішки, згладжена ясенна фестончастість.

Диференційовану діагностику ЗПП треба проводити з гіпертрофією ясенної тканини, вертикальним верхньощелепним ростом, зубоальвеолярною екструзією, короткою верхньою губою та її гіперактивністю, або їх комбінацією. Проводиться оцінка губ пацієнта в спокої та під час посмішки. Якщо спостерігається надмірна демонстрація ясен, коли пацієнт природно посміхається, необхідно оцінити довжину й рухомість верхньої губи. Звичайна динаміка верхньої губи має перехід від 6 до 8 мм від спокою до повної посмішки й до 10 мм при гіпермобільності губи. Клінічний огляд має включати оцінку будь-якої стертості верхніх різців, щоб унеможливити компенсаторне прорізування (зубоальвеолярна екструзія).

Комплексний підхід до лікування пацієнтів із ЗПП включає врахування періодонтальних втручань, реставраційних маніпуляцій і ортодонтичного лікування.

Отже, змінене пасивне прорізування – це незвичайна фізіологічна варіація морфології зубоясенного комплексу, яка призводить до естетичних недоліків і розглядається як фактор ризику захворювань тканин пародонта. Тому, плануючи ортодонтичне лікування, необхідно враховувати наявність зміненого прорізування зубів, а корекція зубощелепних аномалій мусить мати інтеграційний характер.

*Гаджула Н.Г., Горленко І.М., Погоріла А.В., Квірікашвілі А.М.*

## СПОСІБ ЛІКУВАННЯ ХРОНІЧНОГО ПЕРІОДОНТИТУ З ВИКОРИСТАННЯМ УЛЬТРАЗВУКУ Й ПОЛІКОМПОНЕНТНОГО ГЕЛЮ

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова, Вінниця, Україна

**Мета дослідження:** вивчити ефективність лікування хронічного періодонтиту за поєданого застосування ультразвукової обробки системи кореневих каналів і полікомпонентного гелю за результатами клініко-рентгенологічного дослідження.

**Матеріали й методи.** Ендодонтичне лікування 24 зубів із деструктивними формами хронічного періодонтиту провели у 22 пацієнтів віком 25-45 років, які були рівномірно розподілені на 2 групи – основну й порівнювальну. Лікування виконували за 2 відвідування. В основній групі пацієнтів на першому відвідуванні здійснювали інструментальну обробку кореневих каналів технікою Crown-down, медикаментозну – 3% розчином гіпохлориту натрію й 15% розчином ЕДТА. Кореневі канали обробляли ультразвуком у поєднанні з гелем «Jen-MetroHeCoг» («Джен Дентал», Україна) за допомогою апарата Suprasson SP 4055 («Saatelec Sas Acteon Division», Франція). У кореневі канали вносили гель «Jen-MetroHeCoг», активними компонентами якого є метронідазолу бензоат, хлоргексидину діацетат 2%, гідрокортизону ацетат; ізолювали стерильною ватною кулькою, зуб герметично закривали тимчасовою пломбою з цементу на 2-3 дні. На другому відвідуванні кореневі канали обробляли ультразвуком із гелем «Jen-MetroHeCoг», проводили повторну механічну й медикаментозну обробку, пломбували латеральною конденсацією гутаперчі й силером «Acroseal» («Septodont», Франція). У групі порівняння після інструментальної обробки кореневих каналів технікою Crown-down виконували іригацію каналів за протоколом ендодонтичного лікування: 15% розчин ЕДТА → 3% розчин гіпохлориту натрію → стерильний фізіологічний розчин → 2% розчин хлоргексидину. У канали вносили хлоргексидину гель 2% і закривали тимчасовою пломбою на 2 дні. За позитивної динаміки лікування кореневі канали пломбували методом латеральної конденсації гутаперчі й силером Acroseal «Septodont». Ефективність лікування оцінювали за результатами клініко-рентгенологічного дослідження одразу після пломбування кореневих каналів, через 3, 6, 12 місяців.

**Результати.** На контрольних оглядах після пломбування кореневих каналів у основній групі пацієнтів ускладнення виявляли в 1/12 (8,33%) випадків, у порівнювальній – у 4/12 (33,33%). Больові відчуття при накушуванні на зуб і невеликий набряк м'яких тканин швидко зникли після 2-3 сеансів УВЧ-терапії. Через 3 місяці на контрольних рентгенограмах пацієнтів обох груп повного зникнення вогнища деструкції кістки не спостерігали, у більшості випадків діагностували часткове відновлення періапикальної ділянки; у 2 пацієнтів порівнювальної групи збільшилися розміри вогнища деструкції. Через 6 місяців динамічного спостереження в основній групі пацієнтів відсутність вогнища деструкції періапикальної ділянки виявили в 50,0% (6/12) випадків, зменшення межі розрідження на ½ і більше – у 33,33% (4/12), менше ніж на ½ – у 16,67% (2/12). У порівнювальній групі у 25,0% (3/12) випадків спостерігали повне відновлення кісткової тканини; у 33,33% (4/12) – зменшення розмірів вогнища деструкції на ½ і менше; у 25,0% (3/12) – без змін; у 16,67% (2/12) – збільшення вогнища періапикальної ділянки.

Через 12 місяців після проведеного лікування в пацієнтів основної групи розширення межі зони розрідження в періапикальних тканинах не виявляли; 58,33% (7/12) осіб мали повне відновлення кісткової тканини; 25,0% (3/12) – зменшення вогнища деструкції на ½ і більше від початкових даних; 16,67% (2/12) – менше ½. У групі порівняння в 41,67% (5/12) пацієнтів спостерігали повне зникнення вогнища деструкції; у 16,67% (2/12) – зменшення розмірів вогнища розрідження на ½ і більше від початкових розмірів; у 25,0% (3/12) випадків – без змін; у 16,67% (2/12) хворих виявлено збільшення періапикального вогнища.

**Висновки.** Проведене дослідження свідчить про ефективність поєданого використання ультразвукової обробки кореневих каналів і полікомпонентного антимікробного гелю в лікуванні хронічного періодонтиту, що підтверджено позитивною динамікою результатів за рік спостереження в основній групі у 83,3% випадків, проти 58,3% у групі порівняння.

*Гасюк П.А., Радчук В.Б., Росоловська С.О., Воробець А.Б.*

## **3D-ТЕХНОЛОГІЇ ТА ПЕРСПЕКТИВИ ЇХ ЗАСТОСУВАННЯ В ОРТОПЕДИЧНІЙ СТОМАТОЛОГІЇ НА ЕТАПАХ ПІДГОТОВКИ ЗУБІВ ДО ПРОТЕЗУВАННЯ**

Тернопільський національний медичний університет імені І. Я. Горбачевського МОЗ України, Тернопіль, Україна

**Вступ.** Натепер у клініці ортопедичної стоматології в контексті препарування зубів під металокерамічні конструкції протезів апробовано велику кількість різноманітних методик. Однак, керуючись загальноприйнятими протоколами препарування, існує ризик виникнення безпосередніх і віддалених ускладнень. Зазвичай застосовується тактика препарування опорних зубів без уступу, зішліфовування твердих тканин зі створенням надмірної конусності бічних стінок, що призводить до травми пульпи й погіршення фіксації ортопедичної конструкції. Дане положення спонукає до пошуку нових шляхів об'єктивізації стану твердих тканин зубів під час підготовки до протезування.

**Мета дослідження.** Оцінити стан кукси препарованих зубів за допомогою цифрового об'ємного сканування задля оптимізації й контролю глибини одонтопрепарування в пришийковій ділянці під металокерамічні конструкції.

**Матеріали й методи дослідження.** Стан кукси оцінювали в 40 пацієнтів із показаннями до протезування незнімними ортопедичними конструкціями. Дослідження проводили на зубах однієї функціональної групи. У першу дослідну групу ввійшли клінічні випадки, де одонтопрепарування проводили зі створенням клаसичного заокругленого скошеного уступу в пришийковій ділянці, у другій групі одонтопрепарування виконували з максимальним збереженням пришийкової частини коронки і створенням символу уступу. Для аналізу кукси препарованих зубів у контексті контролю глибини препарування під вищезгадані конструкції застосовано технологію цифрового 3D-сканування системи CAD/CAM.

**Результати.** Виготовляли розбірні гіпсові моделі для кожного клінічного випадку і сканували в системі CAD – цифровому об'ємному сканері NeWay компанії «Open Technologies». За допомогою вказаної технології на 3D-моделі визначали точну глибину препарування кукси. Для цього за допомогою комп'ютерного моделювання, використовуючи інтегроване в систему CAD програмне забезпечення «Exocad», на 3D-моделі визначали точну глибину препарування кукси шляхом моделювання штучної коронки й визначення її товщини в чотирьох точках, відповідно на медіальній, дистальній, вестибулярній і оральній поверхнях пришийкової ділянки. Так, у першій дослідній групі одержані величини коливалися в межах 0,6-1,0 мм, у другій – 0,25-0,54 мм.

**Висновки.** Підсумовуючи результати досліджень, можна зробити висновок, що дослідження методом цифрового об'ємного сканування для визначення й контролю глибини препарування досліджуваних зубів у пришийковій ділянці дає змогу більш точно й обережно підійти до питання щадного й раціонального одонтопрепарування під металокерамічні конструкції, запобігаючи розвитку безпосередніх і віддалених ускладнень.

*Глуценко Т.А.*

## **ЯКІСТЬ ДОГЛЯДУ ЗА ПОРОЖНИНОЮ РОТА ПАРОДОНТОЛОГІЧНИХ ХВОРИХ ІЗ СУПУТНІМ МЕТАБОЛІЧНИМ СИНДРОМОМ**

Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна

У структурі стоматологічних захворювань хвороби пародонта займають одне з основних місць і за соціально-економічною значущістю належать до найбільш актуальних проблем стоматології. Така висока поширеність захворювань пародонта, недосконалість ефективних методів діагностики, профілактики й лікування, а також їхній тісний взаємозв'язок із соматичною патологією зумовлюють медико-соціальну значущість цієї проблеми. Наявність супутньої соматичної патології, зокрема серцево-судинних, ендокринологічних, аутоімунних хвороб, є вагомим фактором, що визначає перебіг і прогноз захворювань тканин пародонта.

Метаболічний синдром – одна з найгостріших медико-соціальних проблем сьогодення. Поширення синдрому, взаємозв'язок зі способом життя й надзвичайно висока летальність від його наслідків об'єднують зусилля лікарів різноманітних спеціальностей для своєчасного виявлення і проведення правильних профілактичних заходів щодо запобігання виникненню ускладнень. Метаболічний синдром став однією з актуальних