

в межах 2, 1-2, 5 бала. У хворих на генералізований пародонтит та гінгівіт на тлі незадовільної гігієни порожнини рота при тютюнопалінні виявлені глибокі зміни, тому припускаємо перебудову мікрофлори навколо зубних тканин, що проявляється у формуванні вірулентних форм мікроорганізмів і підтверджується даними індексної оцінки тканин пародонта. На клінічному обстеженні нами встановлено, що показники змінюються від ступеня тяжкості, віку пацієнта та стажу тютюнопаління. Для 24% чоловіків і 43% обстежених жінок-курців характерні прояви хронічного катарального гінгівіту, а у 24% чоловіків і 10% жінок після проведеної індексної оцінки стану тканин пародонта CPITN (3, 82±0, 12) та рентгенологічних досліджень установлений діагноз генералізованого пародонту I ступеня. Ураження пародонтального комплексу при тютюнопалінні зумовлене впливом нікотину на судинне русло: збільшення агрегації тромбоцитів, що обумовлено підвищенням, утворенням тромбоксану в тромбоцитах. Нікотин впливає на синтез простагліну, а також спричиняє мікроциркуляторні розлади.

Висновок. Отримані результати вказують на те, що динаміка захворювань тканин пародонта під впливом тютюнопаління зростає з віком та стажем незалежно від статі. У курців із незадовільною гігієною порожнини рота захворювання тканин пародонта виникають раніше, переходять у хронічну форму, а боротьба з ними не приносить результату доти, доки пацієнт продовжує курити.

**Каськова Л. Ф. , Солошенко Ю. І. , Амосова Л. І. ,
Абрамова О. Е. , Новікова С. Ч. , Хміль О. В.
ЛОКАЛІЗАЦІЯ КАРІОЗНИХ ПОРОЖНИН У ПЕРШИХ
ПОСТІЙНИХ МОЛЯРАХ ПРОТЯГОМ ПЕРШИХ
ТРЬОХ РОКІВ ПІСЛЯ ЇХ ПРОРІЗУВАННЯ**

ВДНЗУ „Українська медична стоматологічна академія”, м. Полтава.

Найчастіше серед постійних зубів уражуються перші моляри. Одразу після прорізування каріозні порожнини в 100% випадків локалізуються на жувальних поверхнях, що пов'язано зі складністю їх анатомічної будови, недостатньою зрілістю емалі, накопиченням у фісурах та ямках нальоту. В перші роки після прорізування молярів також спостерігається ураження сліпих ямок вестибулярних поверхонь цих зубів. Але в літературі є поодинокі дані про частоту ураження різних поверхонь молярів.

Метою нашого дослідження стало вивчення динаміки виникнення карієсу на вестибулярних і жувальних поверхнях перших постійних молярів у дітей.

Методи та результати дослідження. Нами було обстежено 743 інтактні перші постійні моляри в 233 дітей віком 6 років. Динаміку виникнення карієсу на вестибулярних і жувальних поверхнях 743 молярів вивчали протягом 2-х років і 514 молярів із числа спостережених протягом 3-х років дослідження. Огляди проводили через 6, 12, 24 та 36 місяців.

Через 6 місяців спостереження поширеність карієсу жувальних поверхонь нижніх молярів становила 2, 59%, жувальних поверхонь верхніх молярів – 1, 01%. Ураження вестибулярних поверхонь нижніх молярів виявлено не було. Приріст карієсу на жувальних поверхнях верхніх молярів за цей період становив 1, 01% поверхонь, на жувальних поверхнях нижніх молярів – 2, 59% поверхонь.

Через 12 місяців спостереження поширеність карієсу жувальних поверхонь нижніх і верхніх молярів становила відповідно 8, 36% і 5, 05%, вестибулярних поверхонь нижніх молярів – 0, 58%. За перший рік спостереження приріст карієсу на жувальних поверхнях нижніх молярів становив 8, 36%, на жувальних поверхнях верхніх молярів – 5, 05%, на вестибулярних поверхнях нижніх молярів – 0, 58%.

Через 24 міс. спостереження поширеність карієсу жувальних поверхонь нижніх і верхніх молярів, а також вестибулярних поверхонь нижніх молярів становила відповідно 17% і 9, 09% та 2, 88%. Приріст карієсу на жувальних поверхнях верхніх молярів за цей період становив 4, 04% поверхонь, на жувальних поверхнях нижніх молярів – 8, 64% поверхонь, на вестибулярних поверхнях нижніх молярів – 2, 3%.

Через 36 міс. спостереження поширеність карієсу жувальних поверхонь нижніх і верхніх молярів, а також вестибулярних поверхонь нижніх молярів значно збільшилась і становила відповідно 23, 58%, 14, 93% та 8, 54%. За третій рік спостереження приріст карієсу на жувальних поверхнях нижніх молярів становив 4, 07% поверхонь, на жувальних поверхнях верхніх молярів – 3, 36% поверхонь, на вестибулярних поверхнях нижніх молярів – 4, 47% поверхонь.

Висновки. Ми встановили, що в 6-річному віці карієсом уражалися тільки жувальні поверхні постійних молярів, а приріст карієсу цих поверхонь був найвищим у перші 2 роки спостереження, протягом 3-го року цей процес уповільнюється. Вестибулярні поверхні нижніх молярів уражалися у 7-річному віці дітей (через 1 рік після прорізування), а приріст карієсу на цих поверхнях збільшувався протягом другого і третього років, досягаючи максимальних значень через 36 місяців спостереження.

Отримані дані необхідно враховувати в проведенні профілактичних заходів у перших постійних молярах у дітей.

**Кананович Т. Н.
ЭФФЕКТИВНОСТЬ ИНДИВИДУАЛЬНОЙ
ГИГИЕНЫ ПОЛОСТИ РТА В ПРОФИЛАКТИКЕ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПАРОДОНТА У ПОЖИЛЫХ ЛЮДЕЙ**

Национальный медицинский университет
им. А. А. Богомольца

Высокая распространенность заболеваний тканей пародонта, достигающая 97% у лиц старших возрастных групп, свидетельствует об актуальности данного вопроса.