

**МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ  
БУКОВИНСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ**



## **МАТЕРІАЛИ**

**96 – ї**

**підсумкової наукової конференції  
професорсько-викладацького персоналу  
БУКОВИНСЬКОГО ДЕРЖАВНОГО МЕДИЧНОГО УНІВЕРСИТЕТУ**

**16, 18, 23 лютого 2015 року**

**Чернівці – 2015**

УДК 001:378.12(477.85)

ББК 72:74.58

М 34

Матеріали 96 – ї підсумкової наукової конференції професорсько-викладацького персоналу Буковинського державного медичного університету (Чернівці, 16, 18, 23 лютого 2015 р.) – Чернівці: Медуніверситет, 2015. – 352 с. іл.

ББК 72:74.58

У збірнику представлені матеріали 96 – ї підсумкової наукової конференції професорсько-викладацького персоналу Буковинського державного медичного університету (Чернівці, 16, 18, 23 лютого 2015 р.) із стилістикою та орфографією у авторській редакції. Публікації присвячені актуальним проблемам фундаментальної, теоретичної та клінічної медицини.

Загальна редакція – професор, д.мед.н. Бойчук Т.М., професор, д.мед.н. Іващук О.І., доцент, к.мед.н. Безрук В.В.

Наукові рецензенти:

доктор медичних наук, професор Кравченко О.В.

доктор медичних наук, професор Давиденко І.С.

доктор медичних наук, професор Дейнека С.Є.

доктор медичних наук, професор Денисенко О.І.

доктор медичних наук, професор Заморський І.І.

доктор медичних наук, професор Колоскова О.К.

доктор медичних наук, професор Коновчук В.М.

чл.-кор. АПН України, доктор медичних наук, професор Пішак В.П.

доктор медичних наук, професор Гринчук Ф.В.

доктор медичних наук, професор Слободян О.М.

доктор медичних наук, професор Тащук В.К.

доктор медичних наук, професор Ткачук С.С.

доктор медичних наук, професор Тодоріко Л.Д.

ISBN 978-966-697-588-4

© Буковинський державний медичний  
університет, 2015



При аналізі шинуючих конструкцій у 6 (8,0%) пацієнтів мали місце тріщини шини, у 20 (26,66%) - дефекти в ділянці міжзубних проміжків, у чотирьох (5,33%) - сколювання частин зубів, у 28 (37,33%) - сколювання пломбувального матеріалу, у 12 (16,0%) - відрив окремих зубів від загальної конструкції, у 54 (72,0%) - порушення крайового прилягання шини. Термін користування конструкціями, що мали подібні дефекти, складав від шести місяців до 1,5 року після шинування. Таким чином, при огляді та аналізі АШ було встановлено, що найчастіше зустрічалися такі помилки: у 54 (72,0%) випадках порушення крайового прилягання шини, у 48 (63,9%) - сколювання ділянок композиційного матеріалу та дефектів в ділянці міжзубних проміжків.

Також при користуванні АШ 40 (53,33%) пацієнтів скаржилися на естетичний недолік, порушення мовлення. При їх обстеженні у 18 (24,0%) випадках спостерігалася достатньо широка проміжна частина. При виготовленні скловолоконних або поліетиленових АШ використовували лише один – два шари армуючої стрічки товщиною 0,1 мм, що змушувало накладати значно більше композиційного матеріалу.

Все це призводило до порушення природних контурів зубів, що підлягали шинуванню, і утруднювало мовлення пацієнтів. Відстань від АШ до ясенного краю у 23 (30,6%) осіб була мінімальною, а у 15 (20,0%) - взагалі відсутня. Це призводило до появи в ділянці міжзубних проміжків ретенційних пунктів і у 49 (65,33%) пацієнтів утруднювало проведення гігієнічних заходів, внаслідок чого швидко скупчувався зубний наліт і утворювався зубний камінь. У 46 (61,33%) пацієнтів спостерігалася зміщення зубів вестибулярно, як наслідок зменшення площі стикування стрічки із зубами при проведенні адаптації АШ до міжзубних проміжків. Таким чином, при аналізі адгезивних шинуючих конструкцій, терміном користування до одного року основними недоліками та ускладненнями були порушення крайового прилягання АШ, естетичні проблеми, порушення мовлення та погіршення гігієни порожнини рота.

У пацієнтів, яким проведено адгезивне шинування зубів один рік і більше, на першому місці констатували погану гігієну порожнини рота, зміщення зубів вестибулярно та порушення крайового прилягання шини.

Причинами діагностованих ускладнень і недоліків попереднього шинування можуть бути: недотримання рекомендацій, наведених в інструкціях фірм-виробників при роботі з армуючими матеріалами і композитами, необгрунтоване введення в конструкцію АШ зубів з III ступенем рухомості, виготовлення шин пацієнтам з незадовільною гігієною порожнини рота, проведення шинування при аномально розташованих зубах (віялоподібне розходження зубів, скупченість зубів, вестибулярні і оральні нахили) без попередньої ортодонтичної підготовки, проведення адаптації АШ до міжзубних проміжків за допомогою рибальського волосіння, флосів, стоматологічного зонду без використання гумових клинців.

**Будаєв Ю.В.**

#### **ПСИХО-ЕМОЦІЙНА ПІДГОТОВКА БАТЬКІВ ДО ПРОРІЗУВАННЯ МОЛОЧНИХ ЗУБІВ У ДІТЕЙ**

*Кафедра хірургічної та дитячої стоматології  
Буковинський державний медичний університет*

Патологічні процеси в дитячому організмі проходять своєрідно і потребують спеціальної професійної підготовки лікаря-стоматолога, особливого підходу до дитини та чуйності при спілкуванні з батьками. Тому дитячий стоматолог має бути одночасно і психологом і вихователем.

Дитячий лікар – стоматолог повинен заслужити довіру маленького пацієнта та його батьків для того, щоб допомогти їм професійними порадами та необхідними лікувальними процедурами в складний період прорізування зубів.

Малюк народився. Здавалося б, теоретично батьки готові до появи в сім'ї дитини, а на практиці все виявляється зовсім не просто. Кожен день по мірі зростання малюка у них з'являються все нові й нові питання, особливо якщо це первісток. На деякі з них може відповісти дитячий стоматолог. Він знає все про особливості дитячого організму, терміни прорізування і етапи формування зубів, особливості їх лікування в залежності від віку дитини. Перш за все, батьки повинні бути поінформовані про терміни прорізування зубів. Вони, звичайно, індивідуальні, але найчастіше перші зуби прорізаються у віці 6-6,5 місяців, можливо, це відбудеться трохи раніше чи трохи пізніше. Малюки по-різному переносять цей по суті нормальний фізіологічний процес. Він може супроводжуватися хворобливими відчуттями, в зв'язку з чим малюк стає неспокійним, погано спить, гірше їсть, можуть відзначатися незначні підйоми температури, іноді з'являється рідкий стілець. Але сприймати всі ці явища як реакцію на прорізування зубів можна тільки після консультації педіатра. Батьки повинні пам'ятати, що вже перший зуб, який прорізався, потребує догляду. Можна використовувати спеціальні палички або марлеві серветки, змочені в кип'яченій воді, а один-два рази на тиждень - у слабкому розчині соди. А з 1,5-2 років пора використовувати зубну щітку - в аптеках представлені лінії щіток та зубних паст для дітей різного віку. Бажано, щоб до трьох років малюк освоїв чистку зубів. Найлегше привчати до неї особистим прикладом.

Повністю молочний прикус формується у 1,5-2,5 роки. До цього віку у дитини має з'явитися вже 20 молочних зубів. Перші постійні зуби – шості. Зазвичай наступний постійний зуб з'являється до 5,5-6 років, а далі, з 6-7 і до 12-12,5, відбувається повна зміна зубів. Знайомство дитини з дитячим стоматологом має відбутися, коли дитині виповниться рік. Спеціаліст підкаже батькам, як краще доглядати за зубами, оцінить здоров'я вже наявних зубів і правильність формування прикусу. Дитячий стоматолог однаково добре володіє терапевтичними і хірургічними методами лікування, тому в спеціалізованій дитячій клініці можна не побоюватися опинитися без допомоги, наприклад, у випадку якщо в цей день не працює стоматолог-хірург.



Дитячі стоматологи ведуть змішаний прийом - і терапевтичний, і хірургічний, а також займаються питаннями профілактики стоматологічних захворювань. Крім того, в спеціалізованих дитячих клініках обстановка повністю орієнтована на створення комфортних умов для дитини. Тому дорослі не повинні розглядати як втрату дорогоцінного часу те, що малюк, перш ніж потрапити в стоматологічне крісло, дивиться мультфільм або грає з іграшками. Йому необхідний період адаптації, адже настрий, з яким він потрапить до лікаря, і реакція батьків на те, що відбудеться довгі роки визначають ставлення до відвідування стоматолога.

Професійна діяльність дитячих лікарів - стоматологів має бути тісно пов'язана з такими медичними науками, як педіатрія та сучасна фармакологія.

**Бурк А. Ю.**

#### **ВИКОРИСТАННЯ ПРОФЕСІЙНОЇ ЗУБНОЇ ПАСТИ «COLGATE SENSITIVE PRO-RELIEF» ТА ПРЕПАРАТУ «ГЛУФТОРЕД» ПРИ ПІДВИЩЕНІЙ ЧУТЛИВОСТІ ЗУБІВ**

*Кафедра терапевтичної стоматології*

*Буковинський державний медичний університет*

Дані наукових публікацій свідчать, що кількість людей, які страждають на підвищену чутливість зубів, досягає 40-50% загальної кількості населення багатьох розвинутих країн. Серед останніх пропозицій виробників стоматологічних засобів зацікавили такі десенситайзери, як професійна зубна паста «Colgate® SensitivePro-Relief™» (фірма «Colgate-Palmolive», USA) та препарат «Глуфторед» (фірма «ВладМива», Росія).

Метою нашого дослідження було здійснення порівняльної оцінки клінічної ефективності застосування професійної зубної пасти «SensitivePro-Relief™» та препарату для глибокого фторування твердих тканин зуба «Глуфторед» при лікуванні осіб із гіперчутливістю зубів різного ступеня тяжкості.

Дослідження виконане на базі кафедри терапевтичної стоматології БДМУ. Під нашим спостереженням перебувало 23 пацієнти з підвищеною чутливістю зубів. Для визначення ступеня вираженості ГЗ проводили перевірку чутливості кожного зуба на дію різноманітних подразників, спочатку визначаючи реакцію зуба на термічні, потім на хімічні і, в останню чергу, на механічні (тактильні) подразники. В якості термічних подразників використовували холодну воду та воду, підігріту до 60°C, хімічних – 40% розчин глюкози та 9% водний розчин оцтової кислоти, механічним подразником виступав стоматологічний зонд. Інтенсивність ГЗ для кожного зуба визначали за наступною шкалою: 0 балів – відсутність реакції на температурні, хімічні та тактильні подразники; 1 бал – наявність чутливості до температурних подразників; 2 бали – наявність чутливості до температурних та хімічних подразників; 3 бали – наявність чутливості до температурних, хімічних та тактильних подразників. Після обстеження таким чином всіх зубів розраховувався ІІІГЗ за формулою: ІІІГЗ=сума значень індексу кожного зуба / кількість зубів із ГЗ. Поділ на групи здійснювався залежно від засобу місцевої дії, що використовувався для зняття підвищеної чутливості зубів - професійна десенситайзерна паста з Pro-Argin™ технологією «Colgate® SensitivePro-Relief™» (фірма «Colgate-Palmolive», USA) (I група – 11 чоловік) та препарат для глибокого фторування «Глуфторед» (фірма «ВладМива», Росія) (II група – 12 чоловік). Терапевтична дія професійної десенситайзерної пасти «SensitivePro-Relief™» базується на використанні властивостей аргініну, який приймає участь у забезпеченні ремінералізуючого потенціалу.

Препарат «Глуфторед» – це двокомпонентний засіб для глибокого фторування твердих тканин зуба, до складу якого входять рідина, що містить іони фтору і міді, та суспензія – дрібнодисперсний гідроокис кальцію у дистильованій воді. В результаті їх взаємодії безпосередньо у дентинних канальцях і порах ушкодженої емалі утворюються мікрокристали фтористого кальцію, завдяки чому досягаються тривала ремінералізація та ефективна герметизація твердих тканин зуба. Сполуки міді гарантують також помітний захист твердих тканин зуба від карієсогенних мікроорганізмів. Нанесення професійної пасти «Colgate® SensitivePro-Relief™» проводилося за допомогою роторної чашки на низьких обертах не менше 3 секунд [5]. «Глуфторед» застосовували таким чином: після просушування зубів струменем теплого повітря зубну поверхню обробляли ватним тампоном, змоченим слабо-кислим розчином фтористого силікату магнію (рідина блакитного кольору), через хвилину видаляли тампоном надлишок рідини і за допомогою нового тампона наносили суспензію. Через хвилину-півтори давали пацієнтам прополоскати водою порожнину рота. Обробка обома десенситайзерами здійснювалася до та після проведення професійного чищення зубів на ультразвуковому апараті Woodpecker EMS Dental Ultrasonic PiezoScaler UDS P.

У I-й клінічній групі, яка складалася із 11 пацієнтів, в якості місцевого засобу, що використовувався для ліквідації гіперчутливості зубів, застосовувалася професійна зубна паста «Colgate® SensitivePro-Relief™». За тяжкістю захворювання пацієнти, що входили до цієї групи, розподілились наступним чином: у 2 осіб (18%) до початку лікування було діагностовано ГЗ I ступеня, у 6 пацієнтів (55%) – ГЗ II ступеня, у 3 хворих (27%) – ГЗ III ступеня. Обробка пастою на основі Pro-Argin™ технології забезпечила ефективне зниження неприємних відчуттів під час проведення ультразвукового чищення зубів. Так, 8 пацієнтів (72%) вказали на відсутність неприємних відчуттів при проведенні професійної гігієни, а 3 особи (28%) вважали, що ця процедура викликала у них незначний дискомфорт. Таким чином, середнє значення комфортності проведення ультразвукового чищення зубів у I клінічній групі становило 0,27 балів.

Обробка препаратом для глибокого фторування «Глуфторед» забезпечила достатнє зниження неприємних відчуттів однак, 7 пацієнтів (58%) вказали на відсутність неприємних відчуттів при проведенні професійної гігієни, 4 хворих (33%) вважали, що ця процедура викликала у них незначний дискомфорт, а 1



особа (9%) навіть відзначила наявність значних неприємних відчуттів. Таким чином, середнє значення комфортності проведення ультразвукового чищення зубів у II клінічній групі становило 0,5 балів.

Таким чином, результати клінічної апробації професійної десенситайзерної пасти «Colgate® Sensitive Pro-Relief™» з Pro-Argin™ технологією та препарату для глибокого фторування «Глуфторед» засвідчили досить високу клінічну ефективність їх застосування. Виявлено кращі результати застосування десенситайзерної пасти під час проведення процедури ультразвукового чищення зубів та у пацієнтів із невираженою ГЗ. Стосовно препарату «Глуфторед» слід відмітити, що завдяки наявності мінералізуючих властивостей, констатовано кращу здатність забезпечувати пролонгований ефект усунення симптомів підвищеної чутливості зубів, навіть у пацієнтів із II та III ступенями захворювання.

**Ваколюк О.Б.**

### **ПРОБЛЕМИ ДЕНТОФОБІЇ В ДИТЯЧІЙ СТОМАТОЛОГІЇ ТА ШЛЯХИ ЇХ ВИРІШЕННЯ**

*Кафедра хірургічної та дитячої стоматології  
Буковинський державний медичний університет*

Висока поширеність та інтенсивність карієсу і його ускладнень спричинена не тільки етіологічними чинниками розвитку захворювання, а й соціально-психологічним фактором дентофобії – боязню лікування у стоматолога. Перший візит до стоматолога має дуже велике значення для дитини з кількох причин. Багато в чому, від того, яке враження у дитини залишиться після першого відвідування стоматологічної клініки, залежатиме, чи з'явиться страх перед стоматологічними маніпуляціями.

Мета дослідження: в дитинстві виробляється найважливіше етичне відношення – довіра до світу, яка здійснює глибокий вплив на все наступне життя людини. І в стоматологічному закладі має бути створений психологічний комфорт для дитини, для того щоб затвердити довіру до лікарів, віру у можливість медицини в цілому.

Перший візит до дитячого стоматолога – дуже відповідальна подія в житті дитини. Від того, як пройде перше відвідування лікаря, залежить, чи стане стоматолог його другом, чи в психіці дитини залишиться глибока травма, може навіть на все життя. Тому найкраще, щоб перше відвідування лікаря було на профілактичному, ознайомлювальному прийомі. Також, для того щоб перший прийом стоматолога залишив у пам'яті дитини тільки позитивні спогади, з боку батьків необхідно провести певну підготовчу роботу. Дитину треба налаштувати на позитивний лад, пояснити, що стоматолог хоче бути другом і дбатиме про її зуби. Можна розповісти, що на першому прийомі стоматолог тільки порухає, скільки в роті зубків, подивиться, які вони красиві і білі. Може бути, навіть почистить їх спеціальною щіточкою, що робить тільки дуже хорошим і слухняним диткам. Перший візит до дитячого стоматолога – дуже відповідальна подія в житті дитини. Від того, як пройде перше відвідування лікаря, залежить, чи стане стоматолог його другом, чи в психіці дитини залишиться глибока травма, може навіть на все життя. Тому найкраще, щоб перше відвідування лікаря було на профілактичному, ознайомлювальному прийомі. Також, для того, щоб перший прийом стоматолога залишив у пам'яті дитини тільки позитивні спогади, з боку батьків необхідно провести певну підготовчу роботу. Дитину треба налаштувати на позитивний лад, пояснити, що стоматолог хоче бути другом і дбатиме про її зуби. Можна розповісти, що на першому прийомі стоматолог тільки порухає, скільки в роті зубків, подивиться, які вони красиві і білі. Може бути, навіть почистить їх спеціальною щіточкою, що робить тільки дуже хорошим і слухняним диткам.

Дуже важливим моментом при наданні лікарської стоматологічної допомоги дитині є необхідність пояснення та коментування своїх дій, призначення апаратів та матеріалів, які потрапляють в її поле зору. Якщо дитина бачить щось у вас в руках вперше (ватні валики, ретрактор для губ, водно-повітряний пістолет), це лякає її, а якщо ви звичайною мовою поясните їй призначення цих предметів, то усвідомлення того, що відбувається, допоможе уникнути переляку. Слід дотримуватися правила: найбільш болісні маніпуляції проводити в кінці обстеження. В таких випадках до бесіди можна залучити дітей, які добре перенесли аналогічні маніпуляції. Для зниження дентофобії у дітей О.Г. Авраамовою та С.С. Муравйовою було запропоновано такий план лікування неускладнених форм карієсу молочних зубів: огляд; демонстрація дитині в дзеркалі її зубів та ясен; бесіда про користь лікування карієсу та необхідність профілактики навчання навичкам гігієни порожнини рота; професійна гігієна порожнини рота з використанням обертових щіток та ароматизованої пасти; щадна механічна та медикаментозна обробка каріозної порожнини; встановлення пломби; контроль оклюзії; шліфування та полірування пломби.

Молочні зуби обов'язково треба лікувати, тому що неліковані зуби стають джерелом хронічної інфекції, що може зашкодити зачатку постійного зуба. Зуби є важливою ланкою в травному тракті, навіть часткова їхня втрата може привести до шлункових захворювань дитини, формування неправильного прикусу. Повний комплект зубів забезпечує гарну вимову і розвиває корисні мовні навички дитини, дозволяє їй впевненіше почувати себе і зберігати почуття власної гідності.

Отже, якщо перше відвідування стоматолога пройшло легко і приємно для дитини, воно допоможе подолати можливі страхи перед лікуванням зубів і наступні зустрічі зі стоматологом стануть забавною пригодою в житті маленької людини.



**Ватаманюк М.М., Беліков О.Б.**

### **ОСОБЛИВОСТІ АНТРОПОМЕТРИЧНИХ ВИМІРЮВАНЬ БЕЗЗУБИХ ЩЕЛЕП У ПАЦІЄНТІВ ГЕРАТРИЧНОГО ВІКУ**

*Кафедра ортопедичної стоматології  
Буковинський державний медичний університет*

Потреба населення у повному знімному протезуванні в Україні складає 57, 6 осіб на 1000 обстежених. За даними літератури число осіб, що потребують протезування повними знімними протезами неухильно зростає. Це пов'язано із збільшенням частки вікових груп в загальному стані населення майже всіх країн світу. Так, в США число беззубих хворих доходить до 50%, в Швеції 60%, в Данії та Великобританії 70-75%. Отже дослідження анатомо-фізіологічних особливостей при протезуванні пацієнтів з повною втратою зубів залишається актуальною проблемою сьогодення.

З цією метою визначений анатомо-фізіологічний стан пацієнтів з повною втратою зубів на основі клініко-антропометричних вимірювань гіпсових моделей щелеп.

Нами проаналізовано 50 пар гіпсових моделей щелеп пацієнтів чоловічої та жіночої статі у віці від 75 до 90 років. Виявили наступні показники: міжальвеолярна висота, довжина, ширина моделей та відповідність співвідношення щелеп.

При аналізі співвідношення серед 50 пар гіпсових моделей беззубих щелеп виявлено: 22 пари з нейтральним розташуванням, 16 пар з медіальним зміщенням, 12 - з дистальним. На основі цього вивчені моделі були згруповані в три групи: 1 група - нейтральне розташування щелеп - 12 (44,0%); 2 група - медіальне розміщення - 16 (32,0%); 3 група - дистальне розміщення - 12 (12,0%). Для зручності аналізу моделей пацієнти в кожній групі були розбиті на підгрупи, в залежності від ступеня зміщення нижньої щелепи (НЩ) відносно верхньої.

Так, у 1-й групі було відсутнє зміщення НЩ відносно верхньої. У 2-й групі - мало місце зміщення НЩ відносно верхньої в межах від 0,1 до 0,3 см. у шести (37,5%) пацієнтів (1 підгрупа), у чотирьох (25,0%) пацієнтів (2 підгрупа) від 0,4 до 0,6 – та тільки у одного (6,25%) пацієнта (3 підгрупа) від 0,7 до 1,0 см. Таким чином, у першій групі дослідження встановлено стабільне співвідношення між щелепами у фронтальній ділянці і лабіальних і бічних. В той час як, у другій та третій групах дослідження це співвідношення коливалося в межах від 0,1 до 1,0 см.

При аналізі міжальвеолярної висоти нами встановлено, що у більшості хворих вона була в межах від 1,5 до 3,1 см. Але ці показники були різні в групах дослідження.

При аналізі довжин беззубих щелеп нами встановлено, що вони зазвичай збігаються. У більшості випадків на верхній та НЩ всі величини були близькі за своїми розмірами і коливалися в межах від 4,5 до 5,5 см. За винятком вимірів у другій групі де у половині випадків величина верхньої щелепи (ВЩ) була більша за НЩ.

В той час, як при аналізі ширини щелеп було виявлено повну невідповідність ВЩ та НЩ. Ширина НЩ зазвичай більша (від 4,5 – 6,5 см) ніж ВЩ (від 4,0 – 5,5 см).

Таким чином, проведенні клініко-антропометричні дослідження не виявили значної розбіжності між розміром ВЩ та НЩ. За розмірами серед беззубих щелеп найчастіше зустрічалися щелепи середніх розмірів, рідше великих і дуже рідко малих. Нижні беззубі щелепи в переважній більшості випадків були ширші за верхню у середньому на 1 см. Міжальвеолярна висота – коливалася в межах від 1,5 до 2,5 см. Абсолютно однакових за своїми розмірами і степенями атрофії беззубих щелеп нами не виявлено. Отже групувати беззубі щелепи можна лише за великою кількістю ознак, що дає можливість згрупування пацієнтів з беззубими щелепами як групи, так і підгрупи на основі антропометричних досліджень моделей щелеп, а це дозволяє в ряді випадків створити матриці які полегшують протезування і підвищують якість зубних протезів.

**Ватаманюк Н.В.**

### **ВИКОРИСТАННЯ МОЛЕКУЛЯРНО-ГЕНЕТИЧНИХ СПОСОБІВ ДІАГНОСТИКИ У ХВОРИХ ГЕНЕРАЛІЗОВАНИМ ПАРОДОНТИТОМ НА ПОЧАТКОВІЙ СТАДІЇ ЗАХВОРЮВАННЯ**

*Кафедра терапевтичної стоматології  
Буковинський державний медичний університет*

Незважаючи на успіхи, досягнуті у вивченні етіології, патогенезу та лікуванні генералізованого катарального гінгівіту, відзначається зростання прогресування захворювання з подальшим переходом у генералізований пародонти. Слід врахувати, що обмеженість відомостей про дисбіотичні порушення в пародонтальних кишнях у хворих при початковій стадії розвитку генералізованого пародонтиту в першу чергу пов'язана з технічними труднощами проведення бактеріологічних досліджень, які потребують значних часових витрат (від 5 до 14 діб). Крім того, загальноприйняті мікробіологічні методи не завжди дають можливість культивувати бактерії, здатні викликати запально-деструктивний процес в тканинах пародонту. У зв'язку з вищевикладеним перспективним є використання молекулярно-генетичних способів експрес-діагностики бактеріального стану, різних біотопів.

Мета дослідження - порівняльне вивчення складу мікробіоценозу пародонтальних тканин у хворих на хронічний катаральний гінгівіт і у пацієнтів на хронічний генералізований пародонтит на початковому етапі його розвитку і розробка обґрунтованих мікробіологічних критеріїв раннього виникнення деструктивного процесу в навколо зубних структурах.