

Казеко Л. А., Колб Е. Л.

РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РЕЗОРБЦИИ АЛЬВЕОЛЯРНЫХ ОТРОСТКОВ ЧЕЛЮСТЕЙ В РАЗНЫЕ ВОЗРАСТНЫЕ ПЕРИОДЫ

Белорусский государственный медицинский университет, г. Минск

Рентгенологический метод — один из важных в диагностике и планировании лечения заболеваний периодонта [1].

Одной из актуальных задач современной стоматологии является ранняя диагностика воспалительных заболеваний периодонта и прогнозирование характера их течения. Роль рентгенологического исследования в диагностике и планировании лечения заболеваний периодонта неоспорима — это один из наиболее значимых дополнительных методов диагностики [1]. Для исследования костной структуры тканей периодонта используются различные методики рентгенографии. Ортопантомография — один из наиболее широко распространенных и доступных методов лучевой диагностики, позволяющий определить наличие, степень и тип резорбции альвеолярной кости [2]. Рентгенологическая убыль альвеолярной кости является высокоспецифичным диагностическим признаком периодонтита.

Рентгенологическое исследование позволяет оценить состояние межкорневой перегородки и альвеолярного гребня, длину и форму корней зубов, непрерывность кортикальной пластинки, рисунок костных балок, ширину периодонтальной щели, наличие поддесневых зубных отложений,

дефектов зубных рядов, наличие или отсутствие межзубных контактов, обнаружить снижение высоты и тип резорбции (вертикальный или горизонтальный) межзубных перегородок, вовлечение фуркации в патологический процесс, и другие патологические изменения.

Характер деструктивного процесса в тканях периодонта определяет скорость и тип убыли альвеолярной кости. При быстро прогрессирующем периодонтите чаще отмечается ангулярная резорбция костной ткани альвеолярных отростков челюстей. Как правило, первыми в процесс вовлекаются 6-е и 7-е постоянные зубы [3].

Цель работы: определить рентгенологические особенности резорбции альвеолярных отростков челюстей у пациентов в разные возрастные периоды путем морфометрического анализа костных структур на ортопантограмме.

Объекты и методы. Для определения рентгенологических особенностей резорбции альвеолярных отростков челюстей был проведен морфометрический анализ 40 ортопантограмм у пациентов с ангулярной резорбцией альвеолярных отростков челюстей разной степени выраженности. У всех пациентов отсутствовали клинические признаки утери прикрепления при зондировании в области 6-х и 7-х зубов.

Все ортопантограммы были разделены на 2 группы в зависимости от возраста пациента на момент проведения исследования. У пациентов в возрасте до 40 лет был проанализирован 21 рентгенологический снимок, средний возраст пациентов в этой группе составил 31,8 года, после 40 лет было проанализировано 19 ортопантограмм, средний возраст пациентов в группе составил 51,4 года.

Для морфометрического анализа ортопантограмм использовалась программа PhotoM 1.31. С помощью указанного программного обеспечения осуществляли морфометрический анализ ортопантограмм, при котором измеряли уровень альвеолярной кости в пикселях в области 6-х и 7-х зубов как верхней, так и нижней челюсти. Для этого определяли расстояние от эмалево-цементной границы до вершины корня зуба, затем определяли расстояние от эмалево-цементной границы до уровня альвеолярной кости на ортопантограмме. Относительная величина костного кармана высчитывалась как отношение длины корня зуба, свободного от альвеолярной кости, к высоте корня от вершины до эмалево-цементной границы в процентах.

Из исследования исключались ортопантограммы: 1) с аномальным положением 8-х зубов по отношению к 7-м; 2) зубами, находящимися под ортопедическими конструкциями; 3) удаленными зубами, располагавшимися рядом с исследуемыми зубами; 4) с зубоальвеолярными деформациями.

Все полученные данные заносили в компьютерные базы данных с последующей статистической обработкой материала. Статистический анализ

данных проводили при помощи программы BIOSTATISTICA 4.03, электронных таблиц Excel.

Результаты. Морфометрический анализ ортопантомограмм показал, что во всех случаях наблюдения независимо от возраста пациента в области 6-х и 7-х зубов обеих челюстей определялись признаки ангулярной резорбции альвеолярного отростка различной степени выраженности. На верхней челюсти при анализе ортопантомограмм пациентов после 40 лет максимальный уровень резорбции костной ткани определялся в области мезиально-щечного корня зуба 1.7 (глубина костного кармана составляла 36 % от длины корня), дистально-щечного корня зуба 1.6 (35 %) и дистально-щечного корня зуба 2.6 (35 %).

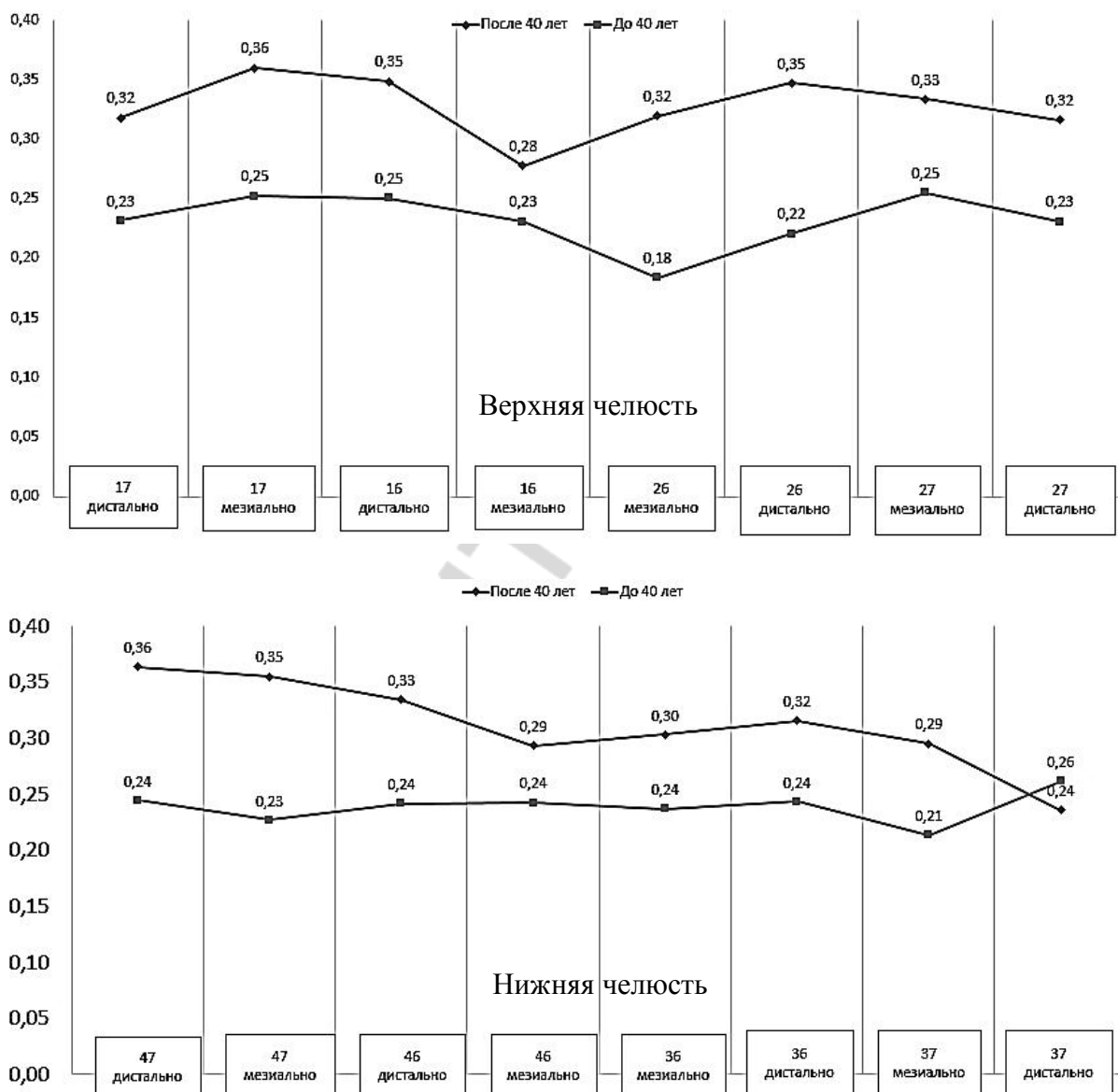


Рис. Резорбция альвеолярного отростка верхней и нижней челюсти у пациентов в различные возрастные периоды

В группе пациентов до 40 лет максимальная глубина костного кармана на верхней челюсти определялась в области мезиально-щечного корня зуба 1.7, дистально-щечного корня зуба 1.6, а также мезиально-щечного корня зуба 2.7, и во всех указанных областях составляла 25% от длины корня (рис.).

На нижней челюсти у пациентов после 40 лет максимальная резорбция альвеолярной кости наблюдалась в области зуба 4.7. Глубина костного кармана в области его дистального корня составила 36%, а в области мезиального корня 35% от длины корня зуба. У пациентов до 40 лет потеря альвеолярной кости на нижней челюсти носила постоянный характер и у большинства исследуемых зубов составила 24% от длины корня (рис.).

Заключение. Таким образом, на основании детального морфометрического анализа ортопантомограмм можно сделать вывод, что сочетание таких параметров, как рентгенологические признаки ангулярной резорбции альвеолярной кости, молодой возраст пациента (до 35 лет), а также относительная величина костного кармана более 25 % от высоты корня зуба, позволяет предположить быстро прогрессирующий деструктивный процесс в тканях периодонта на доклиническом этапе.

ЛИТЕРАТУРА

1. *Лучевая диагностика в стоматологии* / А. Ю. Васильев [и др.]. Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2008. 176 с.
2. *Vijay, G. Radiology in Periodontics* / G. Vijay, V. Raghavan // J. Indian Acad. Oral Med. Radiol. 2013. № 25 (1). P. 24–29.
3. *Localized aggressive periodontitis — clinical, radiographic, microbiological and immunological findings* / D. Ferreira [et al.] // RSBO. 2014. № 11 (4). P. 393-400.