

*Панасюк А. Н.*

## **РЕЗОРБЦИЯ АЛЬВЕОЛЯРНЫХ ОТРОСТКОВ ЧЕЛЮСТЕЙ В РАЗНЫЕ ВОЗРАСТНЫЕ ПЕРИОДЫ**

*Научные руководители канд. мед. наук, доц. Казеко Л. А., канд. мед. наук, ассист. Колб Е. Л.*

*1-ая кафедра терапевтической стоматологии*

*Белорусский государственный медицинский университет, г. Минск*

**Актуальность.** Клинические проявления заболеваний периодонта носят разнообразный характер, но чаще всего представлены различными формами гингивита и периодонтита. На уровне края десны гингивит и периодонтит характеризуются одними и теми же клиническими признаками. Отличительной особенностью периодонтита является резорбция альвеолярных отростков челюстей. Хронические формы периодонтита, как правило, прогрессируют достаточно медленно. Быстро прогрессирующий периодонтит – заболевание челюстно-лицевой области, исходом которого является активное разрушение опорных тканей зубов у практически здоровых молодых людей. Несомненно, залогом успешного лечения быстро прогрессирующего периодонтита является его ранняя диагностика. Одним из главных и наиболее доступных методов диагностики периодонтальной патологии является рентгенологический. Однако, на начальных этапах как хронического, так и быстро прогрессирующего периодонтита рентгенологические изменения носят достаточно схожий характер. Свидетельством начала развития быстро прогрессирующего процесса в тканях периодонта служит, как правило, ангулярная резорбция альвеолярного отростка у пациентов до 40 лет. Поэтому представляется интересным изучение рентгенологических особенностей резорбции альвеолярных отростков челюстей в разные возрастные периоды.

**Цель:** определение рентгенологических особенностей резорбции альвеолярных отростков челюстей в разные возрастные периоды.

**Материалы и методы.** Для определения рентгенологических особенностей резорбции альвеолярных отростков челюстей был проведен морфометрический анализ 40 ортопантограмм у пациентов с признаками ангулярной резорбции альвеолярных отростков челюстей. Все ортопантограммы были разделены на 2 группы в зависимости от возраста пациента на момент проведения исследования: у пациентов в возрасте до 40 лет (средний возраст пациентов в группе составил 31,8 года) был проанализирован 21 рентгенологический снимок, после 40 лет (средний возраст пациентов в группе составил 51,4 года) – 19.

**Результаты и их обсуждение.** Морфометрический анализ ортопантограмм 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 ортопантограмм 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%). 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. На нижней челюсти у пациентов после 40 лет максимальная резорбция альвеолярной кости наблюдалась в области зуба 1.7. Глубина костного кармана в области дистально-щечного корня составила 36%, а в области мезиально-щечного 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.

**Выводы.** Таким образом, рентгенологические особенности резорбции альвеолярных отростков челюстей в разные возрастные периоды носят сходный характер и заключаются в наличии признаков ангулярной резорбции альвеолярной кости различной степени выраженности.