

*Парейко П. А., Патенюк А. Л.*

## **КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ КЛИНОВИДНЫХ ДЕФЕКТОВ И ИХ ВЗАИМОСВЯЗИ С БОЛЕЗНЯМИ ПЕРИОДОНТА**

*Научные руководители канд. мед. наук, доц. Шебеко Л. В.*

*3-я кафедра терапевтической стоматологии*

*Белорусский государственный медицинский университет, г. Минск*

**Актуальность.** Клиновидный дефект твердых тканей зуба относится к некариозным поражениям и, по данным литературы, среди всей группы по распространенности занимает лидирующую позицию (2,6-5,0%). Согласно МКБ-10, данная патология относится к группе «сошлифовывание твёрдых тканей зуба» (К. 03.1). Возникновение клиновидного дефекта связывают с понятиями абразия и абфракция, однако до сих пор идут споры, какой этиологический фактор является первичным. Благодаря современным методам диагностики и возникновению новых взглядов на развитие патологий зубочелюстной системы, в особенности наиболее быстро развивающегося периодонтологического профиля, появляются новые гипотезы и результаты исследований. Клиновидный дефект наблюдается при периодонтальной атрофии, рецессии десны, окклюзионной травме.

**Цель:** изучить морфологические особенности клиновидных дефектов и определить связь заболеваний периодонта с данной патологией.

**Материалы и методы.** Зубы, пораженные клиновидными дефектами, удаленные по ортопедическим и ортодонтическим показаниям, данные клинических осмотров пациентов с клиновидными дефектами. Изучение морфологии образцов зубов на аттестованном сканирующем электронном микроскопе (СЭМ) высокого разрешения "Mira" фирмы "Tescan" (Чехия) в режиме вторичных электронов при ускоряющем напряжении 20 кВ.

**Результаты и их обсуждение.** В области клиновидных дефектов отсутствуют признаки кариозного процесса, поверхность блестящая, при зондировании плотная и гладкая. Резкий переход интактной эмали в поражённую встречается в 100% случаев образцов. Образование нависающего края эмали и граница разрыва с дентином в 62% случаев образцов. В образцах среднее количество открытых дентинных канальцев составляло  $33 \pm 5$  на  $2500 \mu\text{м}^2$  с диаметром  $1,5 \pm 0,2 \mu\text{м}$

В результате проведенного нами морфологического исследования установлено, что в области дефекта плотность эмали повышена, отмечается сужение межпризменных пространств, отсутствуют четкие границы кристаллов гидроксиапатитов, в дентине отмечается облитерация дентинных трубочек, отложение заместительного дентина в полости зуба.

Морфологически клиновидные дефекты характеризуются изменениями как в эмали, так и дентине. Происходят структурные изменения эмалево-дентинного и эмалево-цементного соединения, формируется нависающий край эмали, которая после скалывания приводит к образованию щели.

Предрасполагающие факторы клиновидных дефектов были разделены на факторы первого и второго порядка. К первой группе следует отнести факторы, способствующие потере зубодесневого прикрепления; ко второй группе – факторы, способствующие нарушению структуры цемента и дентина корня зуба. Данные клинических осмотров доказывают состоятельность предложенной гипотезы, однако тема требует дальнейшего досконального изучения.

**Выводы.** Клиновидные дефекты имеют структуру отличную от нормальной морфологии твердых тканей зубов. Изменения структуры выявлены как в пределах эмали так и дентине. Данная патология является следствием болезней периодонта и должна рассматриваться в соответствующем разделе стоматологии. Лечение пациентов следует начинать с периодонтологических мероприятий.