

ОСОБЕННОСТИ ДИАГНОСТИКИ АНАТОМИЧЕСКОГО БАРЬЕРА БИОЛОГИЧЕСКОЙ СИСТЕМЫ ПЕРИОДОНТА

Соломевич В.А., Денисова Ю.Л.

*Белорусский государственный медицинский университет
3-я кафедра терапевтической стоматологии, г. Минск*

Ключевые слова: анатомический барьер, биологическая система, периодонт, зубы.

Резюме: Определена частота анатомических и топографических особенностей зубов у пациентов с болезнями периодонта при макроскопическом и лучевых методах исследования. Установлено, что более чем у половины пациентов с болезнями периодонта нарушен анатомический барьер. Разработана памятка для стоматологов, содержащая информацию для прогнозирования и планирования лечения пациентов с болезнями периодонта.

Resume: the frequency of the anatomical and topographical features of teeth in patients with periodontal diseases in macroscopic and radiological research methods has been determined. It is established that more than half of patients with periodontal diseases have broken an anatomical barrier. Recommendations for dentists, containing information for predicting and planning treatment for patients with periodontal disease.

Актуальность. Состояние периодонта зависит от динамического баланса двух систем: окружения корня и коронки зуба. Гомеостаз здоровых тканей периодонта определяется тканевой устойчивостью, которая характеризуется шестью барьерами: анатомическим, слюнным, эпителиальным, микроциркуляторным, местным воспалением и иннервацией. Ткани периодонта различны по своему строению, однако связаны между собой в единый анатомо-функциональный комплекс. Зубы и ткани периодонта эффективно участвуют в размельчении пищи.

Особенности строения зубов, аномалии прикуса, зубочелюстные деформации могут являться факторами риска болезней периодонта. Так, в области бифуркации зуба обнаруживают от эмалево-цементной границы проекцию эмали на различном уровне (1-я, 2-я, 3-я степень), которая может быть причиной раннего вовлечения фуркации в патологический процесс.

У 5-10 % пациентов эмаль и дентин не соприкасаются, дентин остается открытым. При рецессии десны появляются чувствительность дентина и условия для аккумуляции зубного налета и камня. Небно-десневую борозду чаще обнаруживают в области верхних центральных и латеральных резцов. Наличие небно-десневой борозды - трудно решаемая проблема с точки зрения гигиены, как для пациента, так и для стоматолога. Затрудненное прорезывание зубов мудрости часто приводит к развитию воспаления в ретромоларной области - перикоронариту. Высота и толщина кортикальной пластинки зависят от положения зубов, формы и размеров корней, а также от окклюзионной нагрузки. Выступающие зубы и зубы, наклонившиеся в вестибулярном направлении, часто приводят к образованию щелевидных или окончатых дефектов альвеолярной кости. Это способствует развитию рецессии десны.

Наличие эмалевой жемчужины может провоцировать возникновение локализованного воспаления посредством увеличения ретенции зубного налета и нарушения гигиены в области эктопической эмалевой структуры.

Цель: определить анатомо-топографические особенности зубов у пациентов с болезнями периодонта.

Задачи:

1. Выявить анатомические особенности удаленных зубов у пациентов с болезнями периодонта;
2. Установить анатомо-топографические особенности зубов у пациентов с болезнями периодонта на основании лучевых методов диагностики;
3. Разработать памятку для стоматологов, содержащую информацию для прогнозирования и планирования лечения пациентов с болезнями периодонта.

Материалы и методы. На 3-й кафедре терапевтической стоматологии УО БГМУ провели анализ 232 ортопантограмм, 19 конусно-лучевых компьютерных томограмм пациентов с болезнями периодонта. Макроскопически изучили 93 зуба (24 премоляра и 69 моляров), удаленных у 76 пациентов с болезнями периодонта. На рентгенограммах, компьютерных томограммах и при макроскопическом исследовании зубов изучали соотношение высоты коронки к его корню, длину и кривизну корней, ширину и форму их профиля, максимальную ширину расхождения и форму изгиба, количество корней, ретенцию зубов, аномалии формы и положения зубов. Полученные данные статистически обработаны.

Результаты и их обсуждение. При макроскопическом исследовании у 57 % зубов обнаружены анатомические особенности, а в одном случае был обнаружен зуб (второй верхний моляр) с эктопической эмалевой жемчужиной. У 43 % зубов отметили уменьшение соотношения длины корня к высоте коронки. Схождение верхушек корней выявлено у 37 % моляров верхней челюсти и 23 % моляров нижней челюсти. При этом на верхней челюсти чаще сходились длинные и узкие корни первых моляров, реже – короткие и широкие. На нижней челюсти сходящиеся корни были чаще длинными и узкими, реже короткими и широкими (рисунки 1-5).



Рис. 1 – Резорбция корней верхних первых моляров



Рис. 2 – Эмалевая жемчужина второго верхнего моляра



Рис. 3 – Искривление дистального корня третьего нижнего моляра



Рис. 4 – Изменение соотношения высоты коронки к длине корня



Рис. 5 – Штыковидные корни первого верхнего премоляра

В 62 % случаев при лучевых методах диагностики (анализ 232 ортопантограммы и 19 компьютерных томограмм) обнаружены анатомо-топографические особенности зубочелюстной системы (таблица 1).

Табл. 1 – Анатомо-топографические особенности зубочелюстной системы у пациентов с болезнями периодонта

№ п/п	Анатомо-топографические особенности зубочелюстной системы	Распространенность (%)
	Аномалия прикуса и зубочелюстная деформация	43

	Ретинированные зубы	31
	Нарушение соотношения высоты коронки к длине корня зубов	24
	Схождение вершук корней зубов	17
	Штыковидные корни зубов	9
	Дополнительные корни зубов	2
	Сверхкомплектные зубы	1

Выводы: определена частота анатомических и топографических особенностей зубов у пациентов с болезнями периодонта при рентгенологическом и макроскопическом методах исследования. Установлено, что более чем у половины пациентов с болезнями периодонта нарушен анатомический барьер. Ранняя рентгенологическая диагностика состояния анатомического барьера периодонта позволит прогнозировать риск развития болезни, а значит провести превентивные мероприятия.

Разработана памятка для стоматологов, содержащая информацию для прогнозирования и планирования лечения пациентов с болезнями периодонта (рисунок 6).

РЕПОЗИТОРИЙ

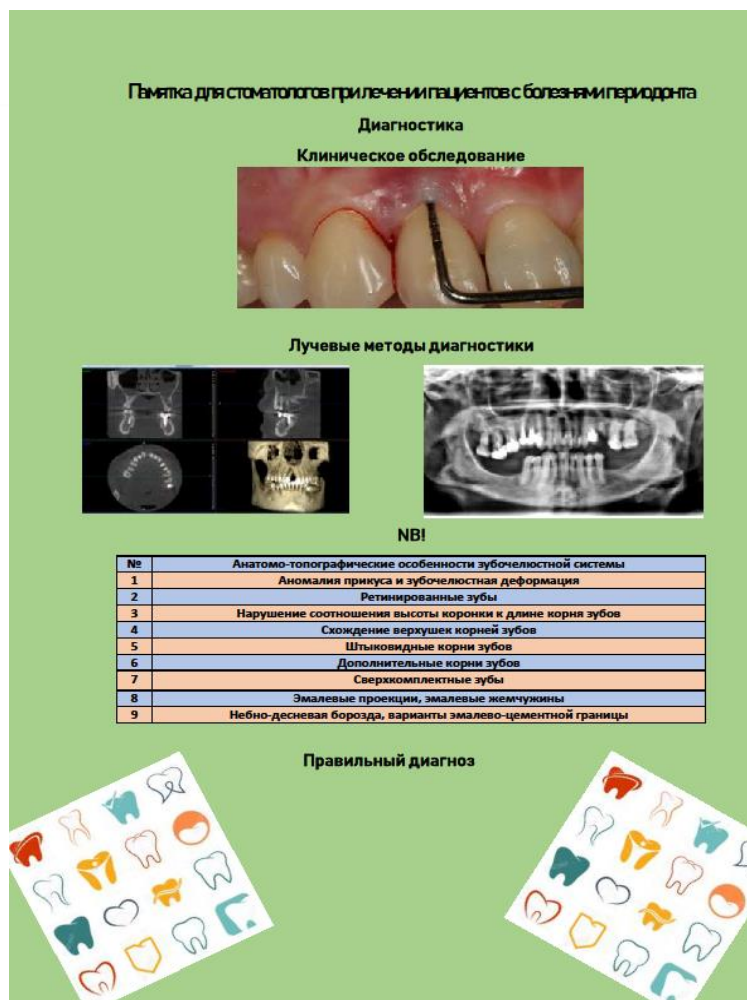


Рис.6 – Памятка для прогнозирования и планирования лечения пациентов с болезнями пародонта

Литература

1. Дедова Л.Н. Терапевтическая стоматология. Болезни пародонта: учебное пособие / Л.Н. Дедова [и др.]; под ред. Л.Н. Дедовой. – Минск: Экоперспектива, 2016. – 268с.
2. Жердецкая, М.Д. Эмалевая жемчужина как фактор риска болезней пародонта [Электронный ресурс] / М. Д. Жердецкая // Актуальные проблемы современной медицины и фармации 2018: сб. тез. докл. LXXII Междунар. науч.-практ конф. студентов и молодых ученых, Минск, 18-20 апр. 2018 г. / под ред. А. В. Сикорского, О. К. Дорониной. – Минск: БГМУ, 2018. – С. 1375. – Режим доступа: <https://rep.bsmu.by/handle/BSMU/20364>.
3. Мельниченко, Ю.М. Вариантная морфология корневой системы постоянных моляров нижней челюсти / Ю.М. Мельниченко [и др.]. – Современная стоматология. – 2014. – №1. – С. 99-102.
4. Петрикас, А.Ж. Частная анатомия зубов в рисунках и цифрах [Электронный ресурс]: учебное пособие / А.Ж. Петрикас [и др.]. – Электрон. Дан. – Тверь, 2013 – 45с. – Режим доступа: https://tvgm.ru/docs/webdav_bizproc.
5. Феди, П. Пародонтологическая азбука / П.Ф. Феди, А.Р. Вернино, Д.Л. Грей. – 4-е издание, пер. с англ. А.Островского, Е.Ханина. – Москва: Издательский дом «Азбука», 2003. – 293с.