

## ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ ВОЗМОЖНОСТИ КЛКТ У ПАЦИЕНТОВ С РЕЦЕССИЕЙ ДЕСНЫ

Миронович Я.И., Соломевич А.С.

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

**Ключевые слова:** болезни периодонта, рецессия десны, лучевая диагностика.

**Резюме:** данное исследование проводилось с целью повышения уровня диагностики рецессии десны при использовании КЛКТ. В ходе исследования был проведен комплексный анализ КЛКТ 173 пациентов с рецессией десны и их статистическая обработка. В результате исследования были сделаны выводы об эффективности КЛКТ в обнаружении рецессии десны и были разработаны рекомендации для врачей-стоматологов.

**Resume:** this study was conducted to increase the level of diagnosis of gum recession when using CBCT. During the study, a comprehensive analysis of the CBCT of 173 patients with gum recession and their statistical processing was carried out. As a result of the study, conclusions were drawn about the effectiveness of CBCT in detecting gum recession and recommendations were developed for dentists.

**Актуальность.** В настоящее время рецессия десны является актуальной проблемой периодонтологии, приводящая к обнажению корня зуба и чувствительности дентина, кариесу корня и эстетическим недостаткам, нарушению целостности зубопериодонтального комплекса. Уменьшение толщины вестибулярной кортикальной пластинки, которое происходит с возрастом у пациентов с болезнями периодонта – предпосылка к развитию рецессии десны. Также следует отметить, что у молодых пациентов она связана с неправильной техникой чистки зубов, наличием зубочелюстных аномалий и деформаций, происходит в процессе неадекватного ортодонтического лечения. Следует отметить, что при рецессии десны в кортикальной пластинке альвеолярного отростка могут развиваться фенестрации (окончатые дефекты) и дегисценции (клинообразные дефекты), как варианты потери костной ткани. Однако клиническая диагностика дает возможность обнаружить уже имеющееся заболевание и предполагает комплексный подход к лечению. При выявлении на доклинической стадии потери костной ткани станет возможным своевременное составление плана лечения и предотвращение развития и прогрессирования рецессии.

**Цель:** с использованием современных методов лучевого исследования выявить доклинические проявления рецессии десны и повысить уровень диагностики рецессии десны.

**Задачи:** 1. Выявить доклинические признаки рецессии десны при помощи анализа КЛКТ; 2. Определить рентгенологические особенности кортикальной пластинки альвеолярной кости; 3. Разработка рекомендаций для врачей-стоматологов по своевременной диагностике рецессии с использованием КЛКТ.

**Материал и методы.** Проведен комплексный анализ компьютерных томограмм 173 пациентов (97 женщин, 76 мужчин) в двух возрастных группах: 20–24 и 35–44 лет в программе Planmeca Romexis Viewer. Все пациенты имели анатомическую и симптоматическую форму рецессии десны.

Для всех измерений использовался инструмент “Линейка”. Исследование проводилось на закладках “Обозреватель” и “Имплантат” (рисунок 1). В области всех зубов верхней и нижней челюсти проводили диагностику и анализ строения кортикальной пластинки альвеолярного отростка с применением КЛКТ.

Результаты исследования были обработаны с помощью компьютерной программы Statistica 10.0.

Различия считали достоверными при уровне статистической значимости  $p < 0,05$  ( $p=0,02$ ).

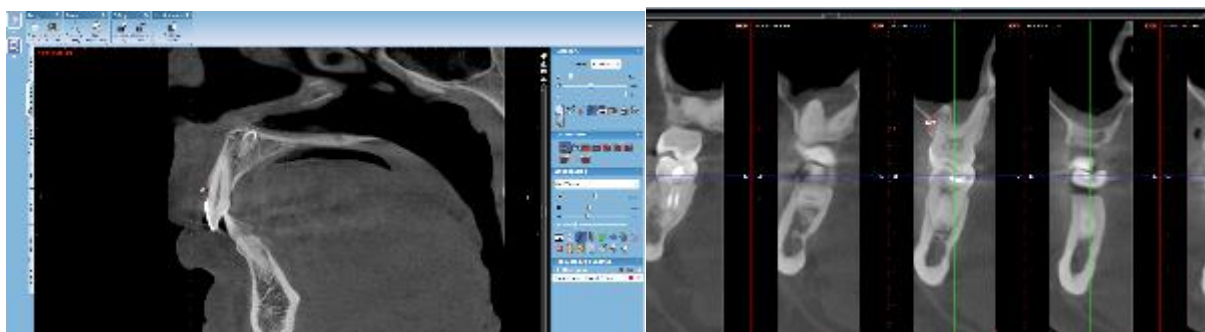


Рис. 1 – Закладка “Обозреватель” и “Имплантат” в программе Planmeca Romexis Viewer

**Результаты и их обсуждение.** В результате исследования были получены следующие результаты: толщина вестибулярной кортикальной пластинки в области фронтальных зубов составила  $0,94 \pm 0,05$  мм на верхней челюсти и  $0,73 \pm 0,04$  мм на нижней челюсти. Толщина вестибулярной кортикальной пластинки в области боковых зубов составила  $1,32 \pm 0,06$  мм на верхней челюсти и  $1,25 \pm 0,05$  мм на нижней челюсти (таблица 1). Измеренное расстояние от вершины альвеолярного гребня до цементно-эмалевого соединения составило от  $3,58 \pm 0,14$  мм в области резцов до  $3,92 \pm 0,16$  мм в области моляров (таблица 2).

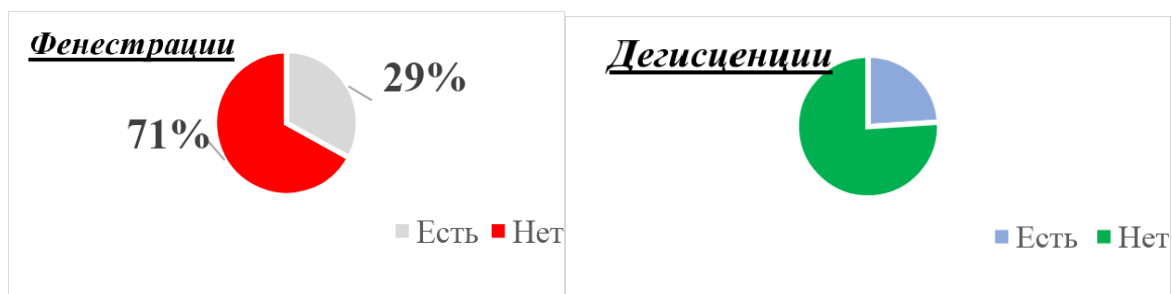
Табл. 1. Измерение толщины вестибулярной кортикальной пластинки

| Толщина вестибулярной кортикальной пластинки, мм | Верхняя челюсть          |                         | Нижняя челюсть                        |                                      |
|--|--------------------------|-------------------------|---------------------------------------|--------------------------------------|
|  | Верхние фронтальные зубы | Нижние фронтальные зубы | Область боковых зубов верхней челюсти | Область боковых зубов нижней челюсти |
|  | $0,94 \pm 0,05$          | $0,73 \pm 0,04$         | $1,32 \pm 0,06$                       | $1,25 \pm 0,05$                      |

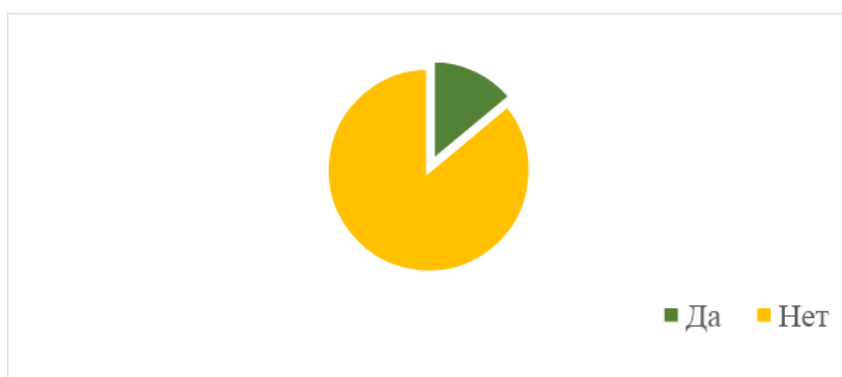
Табл. 2. Измерение расстояния от цементно-эмалевого соединения до вершины альвеолярного гребня

| Расстояние от цементно-эмалевого соединения до вершины альвеолярного гребня, мм | Верхняя челюсть |                 |
|---|-----------------|-----------------|
|   | Резцы и клыки   | Моляры          |
|   | $3,58 \pm 0,14$ | $3,92 \pm 0,16$ |

У 29% обследованных диагностировалось развитие фенестраций, а у 24% пациентов были отмечены дегисценции (диаграмма 1). Также у 14% испытуемых диагностировалось полное отсутствие вестибулярной кортикальной пластинки (диаграмма 2).



Диагр. 1 – Частота встречаемости фенестраций и дегисценций у испытуемых



Диагр. 2 – Доля пациентов с полной потерей вестибулярной кортикальной пластинки

При проведении сравнения изображения на ОПТГ с КЛКТ не удалось обнаружить фенестрации и дегисценции с губной (щечной) и язычной (небной) поверхностями (рисунок 2).



Рис. 2 – Обнаружение фенестрации кортикальной пластинки альвеолярной кости на КЛКТ и отсутствие дефекта на ОПТГ

Разработаны практические рекомендации:

1. Так как на ОПТГ полноценно не визуализируются дефекты костной ткани, метод анализа КЛКТ можно рекомендовать врачам-стоматологам для оценки состояния костной ткани челюстей и прогноза появления рецессии десны.
2. Для наилучшей визуализации рекомендовано использование при анализе КЛКТ закладок “Обозреватель” и “Имплантат”.

3. При обнаружении на КЛКТ дегисценций и фенестраций необходимо принять меры по профилактике их прогрессирования и развития клинических проявлений рецессии десны.

**Выводы:** 1. При анализе и сравнении КЛКТ по сравнению с ОПТГ возможно определить доклинические признаки рецессии десны; 2. Использование КЛКТ при диагностике дает возможность своевременно обнаружить предрасполагающие факторы риска и вовремя диагностировать заболевание, что поможет успешно планировать профилактические мероприятия; 3. Были разработаны рекомендации для врачей-стоматологов по диагностике рецессии десны с применением КЛКТ; 4. У пациентов с истончением вестибулярной кортикальной пластинки ошибки в ортодонтическом лечении могут приводить к ее большему истончению и появлению рецессии десны.

#### Литература

1. Терапевтическая стоматология. Болезни периодонта: учебное пособие / Л.Н. Дедова [и др.]; под ред. Л.Н. Дедовой. – Минск; Экоперспектива, 2016. – 268 с.
2. Вольф Г. Ф., Пародонтология [Текст]: Герберт Ф. Вольф, Эдит М. Ратейцхак, Клаус Ратейцхак ; пер. с нем.: [О. Н. Лукинская] ; под ред. Г. М. Барера. - 2-е изд. - Москва : МЕДпресс-информ, 2014. – С. 169–179.
3. 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.