

*П. А. Парейко, А. Л. Патеюк*  
**КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ КЛИНОВИДНЫХ  
ДЕФЕКТОВ И ИХ ВЗАИМОСВЯЗИ С БОЛЕЗНЯМИ ПЕРИОДОНТА**

*Научный руководитель: канд. мед. наук, доц. Л. В. Шебеко*  
*3-я кафедра терапевтической стоматологии,*  
*Белорусский государственный медицинский университет, г. Минск*

*P. A. Pareiko, A. L. Pateyuk*  
**CLINICAL AND LABORATORY STUDY OF CLINID-LIKE DEFECTS AND  
THEIR INTERACTION WITH THE PERIODONT'S DISEASES**

*Tutor: Ph.D., assistant professor L. V. Shebeko*  
*3rd Department of Therapeutic Dentistry,*  
*Belarusian State Medical University, Minsk*

**Резюме.** в данной работе представлены результаты исследования самого распространенного некариозного поражения твердых тканей зубов – клиновидного дефекта и его взаимосвязи с болезнями периодонта.

**Ключевые слова:** клиновидный дефект, периодонт, предрасполагающие факторы.

**Resume.** in this work the results of the investigation of the most common noncarious lesion of hard tissues of teeth wedged shaped defect are presented and its relationship with periodontal diseases.

**Keywords:** wedge-shaped defect, periodontium, predisposing factors.

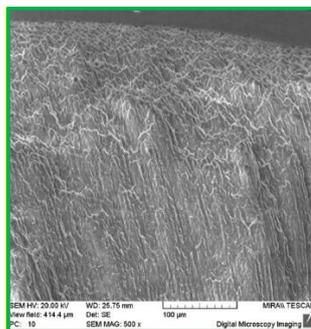
**Актуальность.** Клиновидный дефект твердых тканей зуба относится к некариозным поражениям и, по данным литературы, среди всей группы по распространенности занимает лидирующую позицию (2,6-5,0%). Согласно МКБ-10, данная патология относится к группе «сошлифовывание твёрдых тканей зуба» (К. 03.1). Возникновение 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 [1].

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

**Материал и методы.** Экстрагированные зубы, удалённые по медицинским показаниям в количестве 24. Исследование морфологии поверхности и поперечной структуры материала проводили на аттестованном сканирующем электронном микроскопе (СЭМ) высокого разрешения "Mira" фирмы "Tescan" (Чехия) в режиме вторичных электронов при ускоряющем напряжении 20 кВ. В исследовании использовалось увеличение СЭМ  $\times 501000$  мкм. Протравливание образцов проводилось гелем для травления эмали и дентина «ВладМиВа» на органической основе (в состав входит 32% ортофосфорная кислота). В ходе работы были изучены данные исследований КЛКТ, ОПТГ 52 пациентов с клиновидным дефектом в г.Минске. Клинический осмотр и оценку состояния периодонта проводили в стоматологическом отделении на

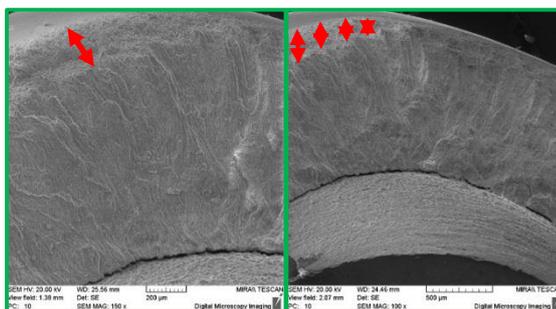
базе УЗ «5-я городская клиническая поликлиника». В исследовании применялись экспериментальный и статистический методы.

**Результаты и их обсуждение.** Исследования микрофотографий при кратности увеличения  $\times 500$  позволили выявить в области пораженной эмали участки декальцикации и отсутствие межпризменного слоя эмали, которое выглядит в виде ячеистой структуры. Структура поверхностного слоя эмали имела вид раскрытых эмалевых призм с фестончатым краем на поперечных срезах (рисунок 1).



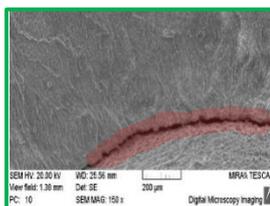
**Рис. 1** – Структура поверхностного слоя эмали в области клиновидного дефекта

Ширина поражения эмали от края дефекта до интактной эмали в среднем составляла 0,257 мм (рисунок 2).



**Рис. 2** – Ширина поражённой эмали

В исследуемых образцах отмечалось нарушение связи эмали и дентин, вследствие нарушения его структуры и это проявлялось образованием микрощелей на дентинно-эмалевой границе, которая составляла  $16,7 \pm 0,7$  мкм (рисунок 3).



**Рис. 3** – Микрощель на дентинно-эмалевой границе

В ходе изучения образцов было выявлено:

1. Резкий переход интактной эмали в поражённую встречается в 100% случаев образцов.

2.Образование нависающего края эмали и граница разрыва с дентином в 62% случаев образцов.

В образцах без протравки среднее количество открытых дентинных канальцев составляло  $33 \pm 5$  на  $2500 \text{ мкм}^2$  с диаметром  $1,5 \pm 0,2$  мкм. С использованием протравочного геля в течение 30 с –  $48 \pm 5$  дентинных канальцев на  $2500 \text{ мкм}^2$  с диаметром 1,8 мкм. В течение 60 с –  $56 \pm 5$  дентинных канальцев на  $2500 \text{ мкм}^2$  с диаметром 3,8 мкм (рисунок 4).

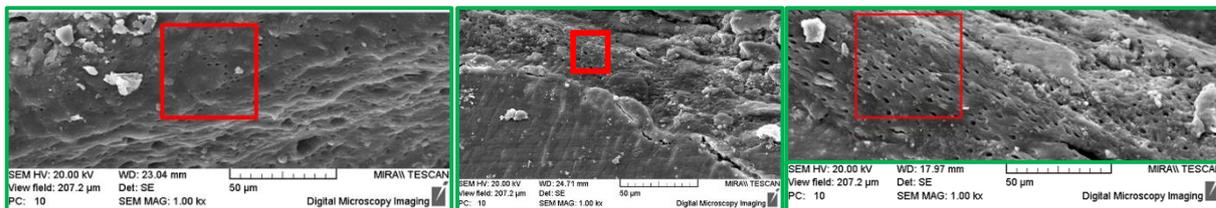


Рис. 4 – Поверхность дентина без протравки, с протравкой 30 секунд и 60 секунд

В ходе клинического осмотра и анализа снимков лучевых методов исследований периодонта 52 пациентов с клиновидным дефектом было выявлено, что у 100% пациентов с данной патологией имеются болезни периодонта такие как окклюзионная травма, периодонтальная атрофия, рецессия десны (рисунок 5).



Рис. 5 – Клиническая картина зубов с клиновидным дефектом

**Заключение.** 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.

**Информация о внедрении результатов исследования.** По результатам настоящего исследования опубликовано 6 статей в сборниках материалов, 2 тезиса докладов, получено 3 акта внедрения в образовательный процесс 3-й кафедры терапевтической стоматологии БГМУ, 2-й кафедры терапевтической стоматологии БГМУ, кафедры общей стоматологии БГМУ, 2 акта внедрения в лечебный процесс ГУ «Республиканская клиническая стоматологическая поликлиника» и ГУ «35-я городская клиническая поликлиника».

### Литература

1. Терапевтическая стоматология. Болезни периодонта: учебное пособие / Л.Н. Дедова, Ю. Л. Денисова, О. В. Кандрукевич [и др.]; под ред. Л.Н. Дедовой. – Минск: Экоперспектива, 2016. – 268 с.