

О РОЛИ АНАТОМИЧЕСКИХ ОСОБЕННОСТЕЙ ПРЕДДВЕРИЯ ПОЛОСТИ РТА В РАЗВИТИИ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПАРОДОНТА

Читинская государственная медицинская академия (ректор - заслуженный врач РФ, д.м.н., профессор А.В. Говорин)

Воспалительные заболевания пародонта (ВЗП) могут развиваться под действием как местных причин, так и сочетания местных и общих факторов на фоне измененной реактивности организма. К местным (ятрогенным) причинам относят перегрузку пародонта, в том числе и при аномалиях прикуса, ранней потере зубов, неправильно сформированном преддверии полости рта [5].

Высокая скорость деструктивных процессов при пародонтите и незначительная эффективность общепринятых антибактериальных средств могут изначально определяться несовершенством структуры тканей, окружающих зуб. Изменение анатомо-топографических параметров имеет ряд проявлений, включая нарушение строения преддверия полости рта. Оно диагностировано у 62,5% пациентов с быстропрогрессирующими пародонтитом [2]. С точки зрения А.И.Степанова, "у каждого четвертого человека первопричиной воспалительных заболеваний пародонта являются мягкие ткани прикрепления уздеек или преддверия" [7].

Кроме того, локальные формы поражения пародонта наиболее часто проявляются в области фронтальных зубов, что объясняется недостаточной глубиной преддверия полости рта и высоким напряжением тканей этого региона [3].

Цель - оценить влияние анатомических параметров преддверия полости рта (его глубина, высота прикрепленной десны, скученность зубов) на развитие воспалительной патологии пародонта у лиц молодого возраста.

Задачи:

1. Провести эпидемиологическое обследование лиц в возрасте 16-23 лет (согласно рекомендациям ВОЗ, 1995г.) [6, 8].
2. Выявить распространенность патологии преддверия полости рта (мелкое преддверие, короткие уздеек губ), сочетания ее с аномалиями прикуса, расположения зубов (скученность) и воспалительных заболеваний пародонта среди обследованных.

3. Оценить взаимосвязь указанных параметров преддверия и воспалительных заболеваний пародонта.

Материалы и методы. Для решения поставленных задач нами обследовано 204 студента Читинской государственной медицинской академии в возрасте от 16 до 23 лет (93 женщины и 111 мужчин) (таблица 1).

Таблица 1.

Распределение обследованных лиц по полу и возрасту

	16-17 лет	18-19 лет	20-21 год	22-23 года	Итого
Мужчины	70	21	10	10	111
Женщины	53	20	10	10	93
Итого	123	41	20	20	204

Клиническое обследование включало: опрос (жалобы, анамнез заболевания и жизни), осмотр полости рта и дополнительные методы исследования тканей пародонта с заполнением карты обследования ВОЗ (1995).

Для определения состояния пародонта использовали обратимые индексы: индекс гигиены по Федорову-Володкиной, PMA по Parma (1964).

Для оценки мягких тканей измеряли глубину преддверия полости рта модифицированным штангенциркулем от края маргинальной десны до наиболее высокой точки свода в области фронтального отдела нижней челюсти [1,4]. Высоту прикрепленной десны (до 1/10 мм) определяли с помощью ортопедического микрометра (фирмы "ASA Dental", ФРГ) [3]. Характер прикрепления уздеек оценивали визуально. Взаимосвязи параметров преддверия и ВЗП выявляли методами параметрического анализа (*t*-критерий Стьюдента и коэффициент корреляции Пирсона) с использованием пакета программ Microsoft Excel 2000.

Результаты и их обсуждение. Воспалительные явления в пародонте обнаружены у 82 человек (40%). Среди данной группы осмотренных преобладал локализованный гингивит - 56 человек, что составило 69%. Генерализованный гингивит диагностирован у 22 лиц (28%). Генерализованный пародонтит выявлен у 4 человек (3%).

В соответствии с задачами исследования мы выделили поэтапно среди обследованных 4 группы лиц.

Первая группа - контрольная, состояла из 35 лиц с нормальным строением преддверия и зубных рядов. Индекс гигиены по Федорову-Володкиной в данной группе составил $1,42 \pm 0,17$ (таблица 2). У 21 человек (60%) он оценивался как хороший, у 7 (20%) -удовлетворительный, у 4

(11%) -неудовлетворительный и у 3 (9%) - плохой. ВЗП в данной группе были выявлены у 3 (9%) человек в виде локализованного гингивита, связанного с неполноценными пломбами.

Таблица 2

Характеристика пародонтального статуса и параметров преддверия полости рта в исследуемых группах

	ИГ по Ф-В	PMA, %	Глубина преддверия, мм	Высота прик. десны, мм
Контроль	1,42±0,17	0,2±0,07	9,4±0,8	3,2±0,8
Скученность	1,78±0,19	14,7±0,8*	8,6±0,6	3,0±0,7
Мелкое преддверие	1,91±0,12*	28,8±0,8*	3,2±0,4*	1,5±0,2*
Короткая уздечка губы	1,88±0,11*	21,3±0,5*	6,2±0,4	1,9±0,2

Примечание: * - достоверность различий с контролем ($p<0,05$)

Вторая группа - лица со скученностью зубов во фронтальном отделе нижней челюсти - составила 35 человек (17%). Мелкое преддверие установлено у 4 человек (11,4%), короткая уздечка нижней губы - у 10 осмотренных (28,5%). Индекс гигиены по Федорову-Володкиной в данной подгруппе составил 1,78±0,19. У 17 человек (49%) он оценивался как хороший, у 7 (20%) удовлетворительный, у 7 (20%) - неудовлетворительный у 4 (11%) и плохой у 11 (31%) человек имели признаки локализованного гингивита.

Третья группа сформирована из лиц с мелким преддверием полости рта. Из общего количества осмотренных мелкое преддверие диагностировано у 23 (11,3%). 11 человек (48% от числа обследованных в данной группе) имели ортогнатический прикус. Скученность зубов во фронтальном отделе челюсти при мелком преддверии наблюдалась у 4 осмотренных, что составило 17,4%. Индекс гигиены оценили как хороший у 8 человек (34,8%), удовлетворительный - у 9 (39,1%), неудовлетворительный - у 4 (17,4%), плохой - у 2 (8,7%). Среднее значение индекса гигиены у лиц с мелким преддверием - 1,91±0,12. У 1 человека (4,3%) выявлен генерализованный гингивит и у 1 (4,3%) - локализованный пародонтит легкой степени. У 11 осмотренных (48%) имелись признаки локализованного во фронтальном отделе челюсти гингивита.

Четвертая группа - лица с короткой уздечкой нижней губы. Данная патология выявлена у 55 человек (26,9%). У 23 пациентов (41,8%) она сочеталась с короткой уздечкой верхней губы. При ортогнатическом прикусе она встречалась в 34,5% случаев (19 человек), при глубоком в 21,8% (12

человек), при прямом - 14,5% (у 8 человек), при скученности зубов во фронтальном отделе 18,1% (10 пациентов). Индекс гигиены определили как хороший у 24 человек (43%), удовлетворительный у 13 (24%), неудовлетворительный у 8 (15%), плохой и очень плохой у 10 (18%). Среднее значение индекса гигиены в 4 группе составило 1,88±0,11 (таблица 2). Локализованный гингивит выявлен у 22 человек (40%).

При сравнении количества лиц с патологией пародонта внутри каждой группы отмечено, что наибольший удельный вес ВЗП имели лица с мелким преддверием.

Определенный интерес представляют данные по распределению лиц с мелким преддверием полости и лиц с отсутствием патологии, в разных возрастных группах. У лиц с мелким преддверием средний возраст составил 16,9±1,2 лет, у обследованных без патологии мягких тканей 19,9±1,8 лет ($p>0,05$).

При распределении 3 группы по возрасту наибольшее количество лиц с мелким преддверием полости рта пришлось на группу 16-17 лет - 16 человек, что составило 13%. В возрасте от 18 до 19 лет патология преддверия выявлена у 4 человек (9,8%). Среди 20-21 летних - у 1 человека (5%), в группе 22-23 лет - у 2 человек (10%).

Уровень гигиены при мелком преддверии полости рта носил явно недостаточный характер (хорошие показатели лишь у 34,8%, тогда как при скученности зубов у 48%), что, возможно, связано с ограничением движений зубной щетки.

Проведенное нами исследование позволило сделать следующие выводы:

- 1) Мелкое преддверие полости рта обнаружено у 11,3% осмотренных. У 48% оно сопутствовало ортогнатическому прикусу. У 56,6% лиц с мелким преддверием полости рта имелась патология пародонта, которая преимущественно носила локализованный характер (48%).
- 2) Большой удельный вес ВЗП среди лиц с анатомическими особенностями строения преддверия полости рта выявлен у людей с мелким преддверием (56,6%) и с короткой уздечкой губы - 40%.
- 3) С возрастом происходит самокоррекция глубины преддверия полости рта. До 22-23 лет установлено увеличение его глубины, что, очевидно, связано с ростом костей лицевого черепа. Данный признак имеет место до возникновения деструктивных процессов в пародонте, приводящих к формированию вторичного мелкого преддверия полости рта. Полученные дан-

ные позволяют рекомендовать операцию углубления преддверия полости рта (вестибулопластику) тем пациентам, у которых присутствуют клинические признаки воспаления пародонта.

ЛИТЕРАТУРА

1. Артюшкевич А.С. Вестибулопластика в комплексном лечении локального пародонтоза. Дисс...к.м.н. 14.00.21, Минск.-1982.-с.50.
2. Безрукова И.В., Грудянов А.И. Агрессивные формы пародонтита.-М.: ООО "Медицинское информационное агентство", 2002.- с.22-23.
3. Горбатова Е.А. Влияние топографии отделов десны, преддверия полости рта, прикрепления уздечек губ на формирование патологических изменений в пародонте. Автореф. ...дисс. к.м.н., 14.00.21, - М., 2004.- 23с.
4. Данилевский Н.Ф., Магид Е.А., Мухин Н.А., Милликевич В.Ю., Маслак Е.Е. Заболевания пародонта: Атлас.-М.:Медицина, 1999, с.49-51
5. Иванов В.С. Заболевания пародонта.-М.: "Медицинское информационное агентство", 2001.- с.45-57.
6. Программа изучения интенсивности стоматологической заболеваемости в Российской Федерации. МЗ и МП РФ. Отдел стоматологии ВОЗ, Женева. Сотрудничающий центр ВОЗ при ММСИ. - М. - Женева., 1995. - 10 с.
7. Степанов А.Е. Френулопластика, вестибулопластика и основные операции на тканях пародонта.-М.: "Паритет", 2000.- с.4.
8. Эпидемиология, этиология и профилактика болезней пародонта. Доклад научной группы ВОЗ. Всемирная Организация Здравоохранения // Серия техн. докл. - N 621. - Женева, 1980.- 66 с.