УДК: 616.314-089.23-053.2-06:616.314.17-073.75

**ПРОГНОЗИРОВАНИЕ РИСКА ПАРОДОНТАЛЬНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ОРТОДОНТИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ НЕСЪЁМНОЙ ТЕХНИКОЙ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИХ ПРЕДИКТОРОВ**

***Ткаченко Ю.В.***

**Харьковский национальный медицинский университет**

Зубочелюстные аномалии (ЗЧА) имеют высокую распространённость среди детей и подростков Украины. По мере формирования зубочелюстной системы их частота увеличивается и к периоду постоянного прикуса достигает максимальных значений. Проблема ортодонтического лечения ЗЧА взрослых пациентов несъёмной техникой является актуальной, поскольку за последние десятилетия отмечена негативная тенденция роста болезней тканей пародонта (ТП). Встречающиеся пародонтальные осложнения могут быть обусловлены изначально несовершенной структурой пародонтального комплекса. Выявление предикторов, указывающих наличие предрасполагающих факторов и явилось целью нашего исследования.

**Целью** исследования явилось повышение эффективности диагностики риска пародонтальных осложнений при ортодонтическом лечении несъёмной техникой путём выявления рентгенологических предикторов.

**Методы исследования**: было проведено обследование ортопантомограмм (ОПТГ) 33 пациентов от 13 до 20 лет обоих полов. ОПТГ были распределены на 2 группы. В первую группу ("здоровый пародонт") включили ОПТГ 15 пациентов с зубочелюстными аномалиями без рентгенологических изменений в тканях пародонта. Вторую группу ("пародонтит") – 18 пациентов, имеющих Rö-логические изменения, характерные для I и II степеней развития пародонтита.

Предметом изучения явилось состояние губчатой и компактной костной ткани челюстей и РОХ правых зубов верхней и нижней челюсти: высота коронки 16, 14, 11, 41, 44 и 46 зубов, длина, ширина и форма их корней, соотношение высоты коронки и длины корня. Кроме этого у нижнего первого постоянного моляра определяли кривизну корней, их конвергенцию. В 16 зубе длина корня определялась у нёбного корня, в 46 – дистального.

Результаты статистического исследования обрабатывались с помощью пакета прикладных программ (Statistica 5,0) при использовании статистических критериев Стьюдента и Фишера для проверки гипотезы о различии между средними значениями и дисперсиями для двух выборок.

**Результаты исследования**. В результате исследования ОПТГ нами было определено, что наиболее показательным при определении склонности к заболеваниям ТП является не столько высота коронки, длина и ширина корня, сколько соотношение этих показателей. Установлено, что нижний центральный резец является типичным для определения показателей соотношения высоты коронки и длины корня, а также длины корня и ширины корня.

Помимо размеров зубов была установлена разница в форме корней однокорневых зубов. Во 2 группе преобладают узкие и короткие корни игольчатой формы, в то время как у лиц 1 группы – конусовидные. Выявлены отличия в степени изогнутости многокорневых зубов (в частности первого постоянного моляра нижней челюсти). Фактор малой изогнутости корней касался в первую очередь 16 зуба, их кривизна была незначительна и присутствовала слабая степень конвергенции.

При анализе качественного показателя «состояние губчатой костной ткани» установлено, что в первой группе 97,58 % имеют мелкопетлистый рисунок, а во второй такое же подавляющее большинство имеет 91,76 % крупнопетлистый рисунок.

Динамическими наблюдениями было установлено, что на фоне равного владения навыками гигиены полости рта и использования основных и дополнительных предметов и средств гигиены у пациентов 1 группы ортодонтическое лечение протекало без пародонтальных осложнений.

У пациентов 2 группы отмечалось отягощение уже имеющегося заболевания пародонта.

**Выводы:** 1. При анализе ОПТГ в комплексе планирования ортодонтического лечения следует обращать внимание на форму корней нижних резцов, соотношение длины корня к их ширине и высоте коронок, кривизну корней первых моляров нижней челюсти, а также форму рисунка губчатого вещества челюстной кости. 2. В качестве предиктора риска пародонтальных осложнений ортодонтического лечения несъёмной техникой может использоваться игольчатая форма корней нижних резцов, так как у лиц с рентгенологически здоровым пародонтом преобладает конусовидная. 3. У лиц с заболеваниями пародонта корни первых постоянных моляров нижней челюсти практически прямые и не имеют конвергенции. 4. У лиц с заболеваниями пародонта преобладал крупнопетлистый рисунок губчатой костной ткани, а у здоровых лиц - мелкопетлистый.