

*Л.А. Зюлькина,  
к.м.н., зав. кафедрой «Стоматология»,  
Д.А. Брундасов,  
ординатор кафедры «Стоматология»,  
e-mail: sto-kafedra@yandex.ru,  
ФГБОУ ВО «Пензенский  
государственный университет»,  
г. Пенза*

## **ДИАГНОСТИКА РЕЦЕССИИ ДЕСНЫ**

**Аннотация:** данная статья посвящена методам диагностики рецессии десны, в частности, рассмотрены и проанализированы индексные методы оценки рецессии и исследование с помощью компьютерной системы «Florida Probe».

**Ключевые слова:** рецессия десны, десневой биотип, индексная оценка рецессии, Флорида Проуб.

Диагноз рецессия десны чаще всего ставится на основании данных клинического обследования. Прежде всего диагноз базируется на жалобах пациента, это непосредственно жалобы эстетического характера: оголение эмалево цементной границы и корней зубов, повышенная чувствительность зубов на температурные, химические, механические раздражители, формирование некариозных поражений зубов. Так же важную роль играют данные анамнеза, результаты физикального исследования. Для определения степени рецессии десны проводится зондирование с помощью пародонтологического градуированного зонда. Возможно измерение рецессии десны с помощью штангенциркуля. Локально исследование рецессии включает в себя ряд параметров, которые необходимо заносить в историю болезни пациента или специальную форму. Важным моментом при регистрации десневой рецессии является её глубина и ширина, глубина зондирования и состояние пародонта, размер зоны прикрепления десны и толщина слизистой оболочки. Глубина и ширина рецессии – глубина измеряется от эмалево-цементной границы до десневого края.

Если имеется клиновидный дефект или пломба, то замер необходимо проводить от наиболее апикальной точки, положение которой останется неизменным в ближайший временной промежуток. Это требуется для оценки степени закрытия рецессии после операции. Ширину рецессии измеряют по наиболее широкой ее части в области эмалево-цементной границы[1].

Глубина зубодесневой борозды не должно превышать 1-3 мм. Высота межзубного сосочка определяется по заполненности межзубного промежутка. Состояние костной ткани определяется по прицельному снимку. Зона кератинизированной десны вокруг рецессии – имеет одно из определяющих значений при планировании операции. Важны два параметра: 1 - ширина кератинизированных тканей (ШКД) – измеряют от десневого края до слизисто-десневой линии (которая определяется тестом «валика» или окрашиванием слизистой растворами йода); 2 - зона прикрепленной кератинизированной десны (ЗПКД) как апикальное рецессии, так медиальное и латеральное ее – Получают вычитанием глубины зубодесневой борозды из ШКД.[2].

Десневой биотип – толщина десны, как и ширина, играет предопределяющую роль при выборе метода лечения. Толщину десны определяют с помощью ультразвукового аппарата (Kcurr SDM). Различают толстый и тонкий десневой биотипы. Тонкий биотип – 1 мм и менее, гирляндобразная форма альвеолярного отростка, склонная к рецессии десна, часто узкие передние зубы. При таком биотипе требуется не только закрыть рецессию, но и увеличить толщину тканей. Толстый биотип (около 1.5мм) и широкая десна (3-5мм), широкие межзубные промежутки, нет склонности к рецессии. Развитие компьютерных технологий открыл перед специалистами – стоматологами большие возможности в выявлении, регистрации и осуществлении мониторинга за проблемами полости рта. Наиболее объективным методом протоколирования клинического статуса на сегодняшний день является фотография. Она позволяет сравнивать и наиболее корректно оценивать результаты проведенного лечения и первоначальную клиническую картину. Для диагностики рецессии десны также

может применяться индексная система. При эпидемиологических исследованиях, для сравнения результатов, такие индексы позволяют качественно оценить рецессию.[3].

В 1955 году Stahl, Morris предложили использовать индекс рецессии десны, который определяется путем расчета отношения количества зубов с рецессией десны к общему количеству зубов, сохранившихся в полости рта, и выражается в процентах.

Индекс рецессии = Количество баллов / Общее количество зубов

Stahl, Morris использовали следующие критерии оценки рецессии десны в баллах:

- 0 – нет рецессии.
- 1 – Рецессия десны от 1 до 2 мм у одной поверхности зуба.
- 2 – рецессия десны от 1 до 2 мм у двух и более поверхностей зуба.
- 3 – рецессия десны от 3 до 5 мм у одной и более поверхностей зуба.
- 4 – рецессия десны от 3 до 5 мм у двух поверхностей зубов.
- 5 – рецессия более 5 мм у одной и более поверхностей зуба.

Интерпретация индекса:

- 1. 0.1-2.0 Легкая степень тяжести
- 2. 2.1-3.5 Средняя степень тяжести
- 3. 3.6-5.0 тяжелая степень тяжести.

П.А. Леус и Л.А. Казеко предложили иную интерпретацию показателей этого индекса:

- 1. Легкая степень тяжести до 25%
- 2. Средняя степень тяжести от 26 до 50%
- 3. Тяжелая степень тяжести от 51 до 100%.[3].

В 1993 году П.А. Леус и Л.А. Казеко разработали новый индекс рецессии десны, который позволяет одновременно определять распространенность и интенсивность рецессии десны. Обследование пациентов проводится в стоматологическом кресле при адекватном освещении с использованием обычного набора стоматологических

инструментов. У молодых людей в возрасте от 15 до 25 лет предлагается обследовать зубы: 13, 23, 33, 31, 41, 43. Для лиц старше возрастных групп рецессия десны регистрируется на 16, 26, 33, 31, 41, 43 зубах. Для оценки рекомендуются следующие критерии.

0 баллов – нет рецессии десны.

1 балл-рецессия десны от 1 до 2 мм у одной поверхности зуба.

2 балла – рецессия десны от 1 до 2 мм у двух и более поверхностей зуба.

3 балла – рецессия десны от 3 до 5 мм у одной поверхностей зуба.

4 балла – рецессия десны от 3 до 5 мм у двух и более поверхностей зубов.

5-рецессия более 5 мм у одной и более поверхностей зуба.

Индекс рецессии индивидуума рассчитывают по следующей формуле:

$$\text{Индекс рецессии} = \text{Сумма кодов} / \text{количество зубов}$$

Средний индекс рецессии десны исследуемой группы населения вычисляют с помощью нахождения среднего числа индивидуальных значений ИР.

$$\text{Средний Индекс рецессии} = \frac{\text{сумма ИР}}{\text{индивидуальных/количество обследованных лиц.}}$$

Интерпретация индекса рецессии десны по Леусу и Казеко.

Значение индекса:

1. 0.1-2.0 Легкая степень тяжести
2. 2.1-3.5 Средняя степень тяжести
3. 3.6-5.0 Тяжелая степень тяжести.[2,3].

Von H. выделил три типа рецессии десны в зависимости от того, вовлечен ли в патологический процесс межзубной сосочек или нет:

1 тип – рецессия десны при наличии интактного межзубного сосочка. Данная патология может быть исправлена

любым методом.

2 тип – рецессия с частичной потерей целостности межзубного сосочка. Наилучшие результаты лечения достигаются при использовании свободных десневых трансплантатов самостоятельно или в комбинации с перемещенными лоскутами.

3 тип – рецессия достигает соседнего зуба. Выбор методов хирургического лечения ограничен. Невозможно 100% закрытие рецессии десны[4].

Для исследования рецессии десны применяется система «Florida Probe». Представляет собой новую технологию, основанную на использовании последних компьютерных достижений в стоматологии. Программный комплекс «Florida Probe» даёт возможность врачу-пародонтологу абсолютно безболезненно, быстро и очень точно проводить обследование тканей пародонта (десен), и автоматически заносить результаты в компьютерную базу данных. Также еще одним преимуществом «Florida Probe» является то, что она позволяет проводить диагностику заболеваний пародонта на самой ранней стадии, даже когда симптомы заболевания ещё практически отсутствуют, а затем вести динамическое наблюдение за состоянием пародонта благодаря автоматической регистрации результатов исследования и возможности сравнивать эти результаты. В систему входит программное обеспечение FP 32, зондирующее устройство, звуковая карта, компьютерный интерфейс и ножной трехпедальный переключатель, позволяющий заносить данные обследования в компьютер. Электронный зонд имеет постоянную силу зондирования и с помощью него можно получить звуковую информацию или в виде таблиц, о состоянии пародонта в шести точках около каждого зуба. Графическая пародонтальная карта очень информативна для врача и наглядна для пациента. В ней использованы основные цветовые коды и дана их расшифровка. Карта выдается на руки пациенту, и он сам может в ней разобраться. Звуковое сопровождение результатов обследования и цветная графическая карта позволяют пациенту понять и оценить свои проблемы, мотивируя его на ответственное отношение к выполнению рекомендаций врача. Стоматолог,

использующий в своей работе систему «Флорида Проуб», освобождается от трудоемкого процесса определения и подсчета значений пародонтальных показателей и от заполнения карты пациента, что позволяет в 4-5 раз экономить время, затраченное на диагностику. Время первичного обследования составляет 20 мин, при повторном обследовании – 10-15 мин. Система «Флорида Проуб» оптимизирует диагностику заболеваний пародонта за счет получения более точных результатов измерений и позволяет раньше выявить более тяжелые формы поражения тканей пародонта, не используя рентгенологический метод[4,5]

#### ***Литература и примечания:***

[1] Вольф Г.Ф. Пародонтология / Ратейцхак Э.М. Клаус Ратейцхак; Пер. с нем.; под ред. проф. Барера Г.М. – М.: МЕДпресс – информ, 2008 – 548с.

[2] Ганжа И.Р. Рецессия десны. Диагностика и методы лечения: Учебное пособие для врачей / Модина Т.Н., Хамадеева А.М.– Самара: ООО ИПК “Содружество”, 2007.-84 с.

[3] Дмитриева Л.А. и др. Современные аспекты клинической пародонтологии / Под ред. Л.А. Дмитриевой. – М.: Медпресс, 2001. – 127 с

[4] Мюллер Х.П. Пародонтология / Ханс-Петер Мюллер. – Львов: «ГалДент», 2004. – 256 с.

[5] Пародонтологическая азбука / Под ред. П. Феди, А. Вернино, Д. Грей. – М.: Изд. дом «Азбука», 2003. – 287 с.

© Л.А. Зюлькина, Д.А. Брундасов, 2017