

ОРТОДОНТІЯ

УДК 616.314-07+616.314.17-002.4
DOI <https://doi.org/10.35220/2078-8916-2022-43-1.11>

Н.П. Махлинець,

кандидат медичних наук, доцент кафедри
терапевтичної стоматології, Івано-Франківський
національний медичний університет, вул. Галицька, 2,
м. Івано-Франківськ, Україна, індекс 76008,
makhlynets11@yahoo.com

З.Р. Ожоган,

доктор медичних наук, професор, завідувач кафедри
ортопедичної стоматології, Івано-Франківський
національний медичний університет, вул. Галицька, 2,
м. Івано-Франківськ, Україна, індекс 76008,
ozhzinoviy@gmail.com

В.П. Пюрик,

доктор медичних наук, професор, завідувач кафедри
хірургічної стоматології, Івано-Франківський
національний медичний університет, вул. Галицька, 2,
м. Івано-Франківськ, Україна, індекс 76008,
vpyuryk@ifnmu.edu.ua

ШЛЯХИ УСУНЕННЯ ДІАГНОСТИЧНИХ ПОМИЛОК У ВИМІРЮВАННІ ГЛИБИНИ ПРИСІНКА РОТА

Мета дослідження. Підвищення ефективності діагностики мілкового присінка рота та порушень архітектури присінка рота. **Методи дослідження.** Обстежено 30 осіб віком 12–15 років із наявними зубоцелюповими аномаліями, яких було розділено на дві групи, рандомізовані за віком та статтю. У I групі хворих (15 осіб) глибину присінка рота оцінювали за способом, запропонованим Т.В. Закировим (2005 рік). У II групі (15 хворих) глибину присінка рота визначали запропонованим нами способом. **Наукова новизна.** У розробленому нами способі вимірювання глибини присінка рота ми усунули низку важливих моментів, які спростили вимірювання глибини присінка рота для лікаря, що забезпечило візуалізацію прикріпленої частини ясен, тобто справжньої глибини присінка рота, та зменшило кількість діагностичних помилок за гіпертрофічного гінгівіту, що є важливим саме для цієї вікової категорії пацієнтів. **Висновки.** Визначення глибини присінка рота й аномалій його архітектури є важливим моментом в огляді пацієнта. Нами розроблений спосіб вимірювання присінка рота, який візуалізує прикріплені ясна та спрощує огляд цієї анатомічної структури лікарем. У разі використання запропонованого нами способу вимірювання присінка рота запобігаємо багатьом діагностичним помилкам. Результати повторно проведеного дослідження розробленим нами методом у I групі хворих достовірно відрізнялися від показників, отриманих способом

вимірювання глибини присінка рота, запропонованим Т.В. Закировим ($p \leq 0,05$). У 90,0% обстежених пацієнтів (27 осіб) діагностовано порушення архітектури присінка рота (аномальне прикріплення вуздечки верхньої і/або нижньої губи, наявність сполучнотканинних тяжів у проєкції ікол та премолярів), у 46,7% обстежених (12 осіб) виявлено мілкий присінок рота (менше ніж 5 міліметрів).

Ключові слова: присінок рота, вимірювання глибини присінка рота, діагностичні помилки.

N.P. Makhlynets,

Candidate of Medical Sciences, Associate Professor of
Therapeutic Dentistry, Ivano-Frankivsk National Medical
University, 2 Halytska street, Ivano-Frankivsk, Ukraine,
postal code 76008, makhlynets11@yahoo.com

Z.R. Ozhogan,

Doctor of Medical Sciences, Professor, Head of the
Department of Orthopedic Dentistry, Ivano-Frankivsk
National Medical University, 2 Halytska street,
Ivano-Frankivsk, Ukraine, postal code 76008,
ozhzinoviy@gmail.com

V.P. Pyuryk,

Doctor of Medical Sciences, Professor, Head of the
Department of Surgical Dentistry, Ivano-Frankivsk National
Medical University, 2 Halytska street, Ivano-Frankivsk,
Ukraine, postal code 76008, vpyuryk@ifnmu.edu.ua

WAYS TO ELIMINATE DIAGNOSTIC ERRORS IN MEASURING THE DEPTH OF THE VESTIBULE OF THE MOUTH

Purpose of the study. Improving the effectiveness of the diagnosis of shallow vestibule of the mouth and disorders of the vestibular architecture. **Research methods.** We examined 30 people aged 12–15 years with dental anomalies, which were divided into two groups randomized by age and sex. In the first group of patients (15 people) the depth of the vestibule of the mouth was assessed by the method proposed by T.V. Zakirov (2005). In group II (15 patients), the depth of the vestibule of the mouth was determined by our proposed method. **Scientific novelty.** In our method of measuring the depth of the mouth, we have eliminated a number of important points that simplified the measurement of the depth of the vestibule of the mouth for the doctor, which provided visualization of the attached part of the gums (the true depth of the mouth) It reduced the number of diagnostic errors in hypertrophic gingivitis / It's important for this age group of patients. **Conclusions.** Determining the depth of the vestibule of the mouth and anomalies of its architecture is an important point in the examination of the patient. We have developed a method of measuring the dorsum of the mouth, which visualizes the attached

gums and simplifies the examination of this anatomical structure by a physician. When using our proposed method of measuring the vestibule of the mouth, a number of diagnostic errors are prevented. The results of a repeated study in group I of patients, developed by us by the method, differed significantly from those obtained by the method of measuring the depth of the mouth of the mouth, proposed by T.V. Zakirov ($p \leq 0,05$). 90,0% of the examined patients (27 people) were diagnosed with a violation of the architecture of the mouth of the mouth (abnormal attachment of the bridle of the upper and / or lower lip, the presence of connective tissue strands in the projection of the canines and premolars), 46,7% of those examined (12 people) mouth (less than 5 mm).

Key words: *vestibule of mouth, measurement of vestibule of mouth, diagnostic errors.*

Постановка проблеми. Багатьма науковими дослідженнями вітчизняних і зарубіжних авторів доведено, що мілкий присінок рота є одним з етіологічних чинників у розвитку цілої низки захворювань [1–4; 7; 9]. Однак лікарі часто нехтують оглядом присінка рота, а зосереджуються лише на патологічному стані, із яким звернувся пацієнт. Глибина присінка рота відіграє важливу роль у розвитку низки патологій у ротовій порожнині, як-от: локалізований пародонтит, протрузія фронтальної групи зубів, рецесії ясен після проведеного ортодонтичного лікування [8; 10]. Вчасне виявлення аномалій присінка рота допомагає попередити ці патологічні процеси.

Мілкий присінок рота належить до аномалій розвитку слизової оболонки присінка рота і характеризується зменшенням висоти прикріплених ясен. Глибина присінка рота – це висота прикріпленої частини ясен, дорівнює відстані від ясенного краю на рівні середньої лінії відповідного зуба до перехідної складки без величини зубоясенного жолобка [1; 2; 4].

Натепер відомо багато способів визначення глибини присінка рота. Зокрема, визначення глибини присінка рота за О.І. Яковлевою [9], що полягає в тому, що глибину присінка рота вимірюють у ділянці одного із фронтальних зубів без урахування співвідношення вільної та прикріпленої частини ясен [10]. М.Ф. Данилевський, О.В. Борисенко запропонували для визначення глибини присінка рота вимірювати відстань від краю ясен до дна присінка градуйованим інструментом [4]. Т.В. Закиров описав спосіб вимірювання глибини присінка рота пародонтологічним зондом у ділянці центрального різця нижньої щелепи [6]. І.В. Базунова та співавтори пропонують спосіб визначення глибини присінка рота, що полягає у визначенні розмірів рухомої та прикріпленої частин ясен у ділянці шести фронтальних

зубів за допомогою спеціального пристрою, який складається із двох перпендикулярно розміщених прозорих пластин із градуйованою шкалою [2].

Однак зазначені способи мають низку недоліків, оскільки проведення вимірів тільки в ділянці запропонованих зубів не досить, бо під час вимірювання глибини присінка за наявності сполучнотканинних тяжів не враховується ділянка ікол та премолярів на верхній та нижній щелепах, де найчастіше спостерігаються тяжі сполучної тканини [7; 8]; відомі пристрої не досить ефективні, оскільки вимірювання є неточними, деякі методики вимірювання глибини присінка рота важкі у виконанні та виконуються без урахування анатомічних особливостей присінка рота [1].

Потрібно пам'ятати, що присінок рота формується до 12 років [2], однак аномальне положення вуздечок чи наявність сполучнотканинних тяжів потребує усунення травмувального чинника після прорізування постійних зубів у зоні їхньої локалізації. Саме тому у віковій групі 12–15 років потрібно ретельно вимірювати глибину присінка рота, щоб запобігти розвитку захворювань, де етіологічним чинником є мілкий присінок рота та порушення його архітекtonіки (низьке прикріплення вуздечки верхньої губи та сполучнотканинних тяжів у проекції ікол та премолярів на верхній щелепі (менше ніж 5 мм від ясенного краю), високе прикріплення вуздечки нижньої губи та сполучнотканинних тяжів у проекції ікол та премолярів на нижній щелепі (менше ніж 5 мм від ясенного краю)) [10].

Мета дослідження. Підвищення ефективності діагностики мілкового присінка рота та порушень архітекtonіки присінка рота

Матеріали і методи дослідження. Обстежено 30 осіб віком 12–15 років з наявними зубощелеповими аномаліями, яких було розділено на дві групи, рандомізовані за віком та статтю. У I групі хворих (15 осіб) глибину присінка рота оцінювали способом, запропонованим Т.В. Закировим (2005 р.) [6]. У II групі (15 хворих) глибину присінка рота визначали запропонованим нами способом, який описано далі. Після антисептичної обробки ротової порожнини проводиться зафарбування тканин присінка рота (вільних та прикріплених ясен) за допомогою розчину Шиллера – Писарева, до складу якого входять Iodi puri cristallisati – 1,0, Kalii jodati pulv. – 2,0, Ag. pur. – 40,0. Прикріплена частина ясен набуватиме солом'яно-жовтого кольору, а вільна – темно-бурого кольору, що покаже нам чітку межу між вільними і прикріпленими яснами. Розробленим нами інструментом проводиться

визначення розмірів вільних ясен по середині вестибулярної поверхні кожного зуба. Робочу частину інструмента вводять у зубоясенний жолобок за віссю досліджуваного зуба та повільно просувають його до появи легкого опору. Наступним етапом є вимірювання суми вільних та прикріплених ясен у ділянці кожного зуба: розроблений нами інструмент вводять у присінок рота, розміщуючи його по середині вестибулярної поверхні досліджуваного зуба за віссю зуба, вимірюють відстань від краю ясен до дна присінка рота, яка буде візуалізована після зафарбування розчином Шиллера – Писарева. Для отримання глибини присінка в ділянці кожного досліджуваного зуба віднімаємо розміри вільних ясен від вимірної відстані від краю ясен до дна присінка рота [5].

Результати та їх обговорення. У результаті проведеного обстеження діагностовано мілкий присінок рота в 1 пацієнта I групи та в 6 пацієнтів II групи, у всіх інших обстежуваних хворих – нормальна глибина присінка рота (5–8 мм). Під час повторного обстеження хворих I групи встановлено, що у 12 хворих глибина присінка рота визначена неправильно. У 7 пацієнтів I групи, яким діагностовано нормальну глибину присінка рота, у ділянці центральних різців глибина присінка була нормальною, тоді як у ділянці ікол та премолярів присінок порожнини рота був мілким та діагностовано сполучнотканинний тяж в ділянці зазначених вище зубів. У 5 пацієнтів I групи, яким діагностовано нормальну глибину присінка рота (8 мм), об'єктивно виявлено гіпертрофічний гінгівіт. Цей патологічний процес у тканинах пародонта зумовив збільшення розмірів вільної частини ясен, а це дозволило судити про нормальну глибину присінка рота в цих пацієнтів у той час, коли за повторного вимірювання він коливався біля нижнього показника норми (5 мм). Під час проведеного нами повторного дослідження методом, запропонованим нами, виявлено, що у 8 пацієнтів I групи розміри прикріпленої частини ясен становили до 5 мм, що достовірно відрізнялося від результатів вимірювання глибини присінка рота за способом, запропонованим Т.В. Закировим (2005 р.), де лише в одного пацієнта діагностували мілкий присінок рота ($p \leq 0,05$). У 90,0% усіх обстежених пацієнтів (27 осіб) діагностовано порушення архітекtonіки присінка рота (аномальне прикріплення вуздечки верхньої і/або нижньої губи, наявність сполучнотканинних тяжів у проекції ікол та премолярів), у 46,7% обстежених (14 осіб) виявлено мілкий присінок рота (менше ніж 5 мм).

Висновки:

1. Визначення глибини присінка рота й аномалій його архітекtonіки є важливим моментом в огляді пацієнта.
2. Нами розроблений спосіб вимірювання присінка рота, який візуалізує прикріплені ясна та спрощує огляд цієї анатомічної структури лікарем.
3. У разі використання запропонованого нами способу вимірювання присінка рота запобігаємо цілій низці діагностичних помилок.
4. Результати повторно проведеного дослідження в I групі хворих розробленим нами методом достовірно відрізнялися від показників, отриманих за способом вимірювання глибини присінка рота, запропонованим Т.В. Закировим ($p \leq 0,05$).
5. У 90,0% обстежених пацієнтів (27 осіб) діагностовано порушення архітекtonіки присінка рота (аномальне прикріплення вуздечки верхньої і/або нижньої губи, наявність сполучнотканинних тяжів у проекції ікол та премолярів), у 46,7% обстежених (12 осіб) виявлено мілкий присінок рота (менше 5 мм).

Література:

1. Арсенова И.А. Вестибулопластика. Новосибирск : Церес, 2007. 124 с.
2. Баунова И.В. Влияние состояния преддверия рта у лиц молодого возраста на выбор тактики стоматологических вмешательств : дис. ... канд. мед. наук : 14.00.21. Полтава, 2007. 159 с.
3. Грудянов А.И. Хирургические методы лечения заболеваний пародонта. Москва : МИА, 2006. 128 с.
4. Данилевский М.Ф. Захворювання пародонта. Київ : Медицина, 2008. 614 с.
5. Пат. № 99402 Україна, МПК А61С19/04 Спосіб вимірювання глибини присінка рота / В.І. Герелюк та ін. ; заявка 19.06.2014 р.; опубл. 10.06.2015 р., Бюл. № 11.
6. Закиров Т.В. К вопросу об этиологии рецессий десны. *Проблемы стоматологии*. 2005. Вып. 1. С. 9–13.
7. Трофимов А.С. Вестибулопластика свободным мукозным трансплантатом : дис. ... канд. мед. наук : 14.00.21. Новосибирск, 2009. 98 с.
8. Фадеев Р.А., Барчукова О.В. Распространенность заболеваний пародонта их сочетание с зубочелюстными аномалиями у населения Санкт-Петербурга. *Пародонтология*. 2003. Вып. 2 (27). С. 6–8.
9. Яковлева Е.И., Трофимова Е.К. Диагностика, лечение и профилактика стоматологических заболеваний. Минск : Высшая школа, 1994. 168 с.
10. Хорошилкина Ф.Я. Ортодонтия. Москва : МИА, 2008. 544 с.

References:

1. Arsenova I.A. (2007). *Vestibuloplastika. [Vestibuloplasty]*. Novosibirsk [in Russian].

2. Bazunova I.V. (2007). Vliyaniye sostoyaniya preddveriya rta u lits molodogo vozrasta na vybor taktiki stomatologicheskikh vmeshatelstv [Influence of the state of the vestibule of the mouth in young people on the choice of tactics for dental interventions]. *The text of the candidate's dissertation of medical sciences*. Poltava [in Russian].
3. Grudyanov A.I. (2006). *Khirurgicheskiye metody lecheniya zabolevaniy parodonta [Surgical treatments for periodontal disease]*. M.: MIA [in Russian].
4. Danylevskyy M.F. (2008). *Zakhvoryuvannya parodonta [Periodontal disease]*. K.: Medytsyna [in Ukrainian].
5. Gerelyuk V.I., Makhlynets N.P., Dovganych O.V., Chubii I.Z. (2015). Patent. № 99402. Ukraina [Ukraine]. *Sposib vymiryuvannya glybyny prysinka rota [The method of measuring the depth of the vestibule of the mouth]*. K. [in Ukrainian].
6. Zakirov T.V. (2005). K voprosu ob etiologii retsesii desny [The question of the etiology of gingival recession]. *Problemy stomatologii – Problems of dentistry*, 1. 9–13 [in Russian].
7. Trofimov A.S. (2009) *Vestibuloplastika svobodnym mukoznym transplantatom [Vestibuloplasty with a free mucosal graft]*. The text of the candidate's dissertation of medical sciences. Novosibirsk [in Russian].
8. Fedeev R.A., Barchukova O.V. (2003) *Rasprostranennost zabolevaniy parodonta i ich sochetaniya s zybochelyustnymi anomaliyami u naseleniya Sankt-Peterburga [Prevalence of periodontal diseases, their combination with dental anomalies in the population of St. Petersburg]*. *Parodontologiya – Periodontology*, 2 (27). 6–8 [in Russian].
9. Yakovleva E.I., Trofimova E.K. (1994). *Diagnostika, lechenie i profilaktika stomatologicheskikh zabolevaniy [Diagnosis, treatment and prevention of dental diseases]*. Minsk: Vysheyshaya shkola [in Russian].
10. Khoroshulkina F.Ya. (2008). *Ortodontiya [Orthodontics]*. M.: MIA [in Russian].