

I, показник загальної схильності до залежностей (ЗПЗ) встановив найбільшу кількість взаємозв'язків з показниками агресивності, а саме: з показником ФА (фізична агресія), ВА (вербальна агресія) на 5% рівні; Нг (негативізм), Об (образа) – на 1% рівні.

Таким чином, враховуючи отримані результати, можна зазначити, що схильність до адиктивної поведінки супроводжується готовністю до прояву негативних почуттів за наявності незначного збудження, запальністю, грубістю; агресією, що опосередковано спрямована на когось іншого; використанням фізичної сили проти іншої особи; почуттям провини, що виражається в докорах совісті та почуттям образи.

Література:

1. Бондарчук О. І. Психологія девіантної поведінки. Київ : МАУП, 2006. 92 с.
2. Дідик Н. М. Соціально-педагогічна профілактика ігрової залежності. *Молодий вчений*. 2015. № 2 (17) лютий. С. 226–229.
3. Ільницька Л. А. Психологічні особливості особистості інтернет-залежних юнаків. *Наука і освіта*. 2009. № 9. С. 34–38.

DOI <https://doi.org/10.36059/978-966-397-479-8-122>

КЛАСИФІКАЦІЙНІ КРИТЕРІЇ ПРОГНОЗУВАННЯ ЕФЕКТИВНОСТІ ХІРУРГІЧНОГО ЗАКРИТТЯ РЕЦЕСІЇ ЯСЕН

Шипілов Ю. Є.

здобувач вищої освіти третього (освітньо-наукового) рівня

за спеціальністю 221 – Стоматологія

Міжнародний гуманітарний університет

Науковий керівник: Чумакова Ю. Г.

доктор медичних наук, професор,

професор кафедри загальної стоматології

Міжнародний гуманітарний університет

м. Одеса, Україна

Рецесія ясен визначається як патологічний процес, при якому відбувається апікальне зміщення маргінального краю ясен відносно цементно-емалевого з'єднання з частковим оголенням кореня зуба [1]. За даними епідеміологічних досліджень, поширеність рецесії ясен у населення складає від 40% до 100%, і такі коливання можна пояснити

різним контингентом обстежених осіб, обраним дизайном дослідження і різними діагностичними критеріями оцінки патології [2–5]. Вибір оптимальної тактики лікування ясенних рецесій та його ефективність також значною мірою залежать від правильної діагностики пародонтального фенотипу і типу (або класу) рецесії ясен.

На даний час відомі декілька класифікацій ясенних рецесій, в яких представлені різні підходи авторів визначити клінічні особливості (глибина, форма рецесії), ступінь тяжкості рецесії з урахуванням втрачених тканин пародонту, консервативні та хірургічні підходи до лікування та прогноз хірургічного закриття оголеної поверхні кореня зуба [6].

Найбільш популярною серед дослідників і практичних лікарів була класифікація ясенних рецесій, запропонована Miller P. у 1985 році [7]. За наступні десятиріччя з'явилися нові наукові дані про етіологічні чинники та механізми розвитку рецесії ясен, нові методи діагностики, зокрема комп'ютерна томографія, нові сучасні матеріали і ефективні методики мукогінгівальної пластики. На підставі цього Cairo F. із співав. у 2011 представили свою систематизацію ясенних рецесій [8], яка була підтримана пародонтологічною спільнотою та введена у Міжнародну класифікацію захворювань і станів тканин пародонта і періімплантних тканин (AAP&EFP, Chicago, 2017) [9].

Мета дослідження – провести порівняльний аналіз класифікацій ясенних рецесій Miller P. (1985) і Cairo F. (2011) щодо критеріїв прогнозування ефективності хірургічного закриття рецесії ясен.

Результати дослідження та їх обговорення. У класифікації ясенних рецесій Міллера серед клінічних ознак враховується стан міжзубних сосочків і рівень кісткової тканини в міжзубній ділянці, а також відношення рецесії до рівня муко-гінгівального з'єднання та кількості прикріплених кератинізованих ясен у зоні рецесії. Автор виділив 4 класи ясенних рецесій, кожному з яких відповідає певний прогноз лікування:

I клас: Рецесія в межах вільних ясен без втрати ясен та/або кістки у міжзубних проміжках. Можливе повне її усунення, 100%.

II клас: Рецесія в межах прикріплених ясен або апікально від муко-гінгівального з'єднання без втрати ясен та/або кістки у міжзубних проміжках. Можливе повне її усунення, 100%.

III клас: Рецесія II класу поєднується з ураженням апроксимальних поверхонь (підклас А – без залучення сусідніх зубів, підклас Б – із залученням сусідніх зубів). При цьому ясна в міжзубних проміжках знаходяться апікально від цементно-емалевого з'єднання, але коронарніше ясенного краю на вестибулярній поверхні кореня зуба. Відмічається зменшення висоти міжальвеолярної перегородки. Можливе тільки часткове усунення рецесії.

IV клас: Циркулярна рецесія зі значною втратою ясен і кістки у міжзубних проміжках (підклас А – у обмеженої кількості зубів, підклас Б – генералізована горизонтальна втрата ясен). Закриття кореня неможливе.

Таким чином, класифікація Міллера переважно враховувала глибину ясенної рецесії і можливості її хірургічного закриття, майже не беручи до уваги стан міжпроксимальних тканин. В той же час, обґрунтування нових підходів, розробка сучасних хірургічних технік та матеріалів для лікування рецесій потребували врахування саме цих проміжних структур для вибору оптимального хірургічного втручання і чіткого прогнозування результату.

Тому Cairo F. із співав. запропонували нову систематизацію ясенних рецесій – так звану RT-класифікацію, за якою виділяють 3 типи рецесій залежно від стану міжпроксимального прикріплення, що визначається за показником CAL (clinical attachment level):

RT1: Рецесія ясен без втрати міжпроксимального прикріплення. Не виявляється втрати CAL на мезіальній та дистальній поверхні зуба. Тобто проблема існує тільки на вестибулярній поверхні кореня зуба, що дає високі шанси на успішне хірургічне закриття рецесії.

RT2: Рецесія ясен супроводжується втратою міжпроксимального прикріплення, яка менше або дорівнює втраті CAL на вестибулярній (щічній) поверхні кореня. Прогноз хірургічного покриття в цьому випадку менш сприятливий, оскільки пошкоджені пародонтальні тканини знижують ефективність оперативного втручання.

RT3: Рецесія ясен з вираженою втратою міжпроксимального прикріплення, яка більша за втрату на вестибулярній (щічній) поверхні. Така клінічна ситуація є найскладнішою, бо значно пошкоджені пародонтальні структури обмежують можливості хірургічного втручання.

Також ця класифікація враховує наступні клінічні показники: глибину рецесії (recession depth, RD), біотип ясен (gingival thickness, GT), ширину кератинізованої тканини (keratinized tissue width, KTW), стан цементно-емалевого з'єднання (CEJ), наявність або відсутність карієсу кореня та некаріозних цервікальних уражень зуба [8].

Класифікацію Cairo F. називають лікувально-орієнтованою, бо вона у порівнянні з класифікацією Міллера дає більшу можливість прогнозувати потенціал закриття оголеного кореня. При типі рецесії RT1 по Cairo (Miller Class I і II) можна прогнозувати 100% покриття кореня зуба. При типі RT2 (Miller Class III) незначна втрата міжпроксимального CAL також надає можливість 100% покриття кореня при застосуванні сучасних хірургічних регенеративних методик. При типі RT3 (Miller Class IV) повне покриття кореня не можливе. Також при плануванні хірургічних втручань за вимогами даної класифікації потрібно враховувати

естетичні потреби пацієнта і наявність або відсутність гіперчутливості дентину [1].

На підставі порівняльного аналізу можна визначити основні переваги класифікації ясенних рецесій Cairo F. (2011):

1. Підвищена точність. Врахування стану міжпроксимальних тканин дозволяє розробляти більш індивідуалізований план лікування.

2. Оптимальний вибір терапії. Чітке розуміння типу рецесії дає змогу раціонально обрати методи корекції, зважаючи на потенціал відновлення.

3. Покращення наукової комунікації. Стандартизований підхід спрощує аналіз та порівняння різних досліджень, сприяючи розвитку доказової стоматології.

На даний час RT-класифікація Cairo F. широко використовується у клінічній практиці. Вона допомагає лікарю об'єктивно оцінити прогноз хірургічного лікування рецесій, вибрати оптимальний комплекс лікувальних заходів (хірургічних, пародонтологічних, ортодонтичних чи реставраційних), планувати довгострокову стабільність отриманих результатів.

Література:

1. Cortellini P., Bissada N. F. Mucogingival conditions in the natural dentition: Narrative review, case definitions, and diagnostic considerations. *J. Periodontol.* 2018. Vol. 89, Suppl 1. P. S204–S213.

2. Imber J. C., Kasaj A. Treatment of gingival recession: when and how? *Inter Dent J.* 2021. Vol. 71, N. 3. P. 178–187.

3. Chrysanthakopoulos N. A. Gingival recession: prevalence and risk indicators among young greek adults. *J Clin Exp Dent.* 2014. Vol. 6, N. 3. P. e243–e279.

4. Краснокутський О. А., Гасюк П. А., Гончарук-Хомин М. Ю. Аналіз поширеності рецесій серед стоматологічних пацієнтів з урахуванням асоційованих вікових, ятрогенних і патологічних змін стоматологічного статусу. *Український стоматологічний альманах.* 2022. № 1. С. 12–19.

5. Чумакова Ю. Г., Борченко Н. А., Заградська О. Л., Марчук Т. С. Поширеність та клінічні характеристики рецесії ясен у хворих на пародонтит. *Клінічна стоматологія.* 2024. № 1. С. 30–40.

6. Іваницька О. С., Локес К. П., Іваницький І. О., Буханченко О. П. Сучасний погляд на питання діагностики рецесії ясен. *Актуальні проблеми сучасної медицини: Вісник Української медичної стоматологічної академії.* 2024. Т. 24, № 1. С. 257–263.

7. Miller P. D. Jr. A classification of marginal tissue recession. *Int J Periodont Restorat Dent.* 1985. Vol. 5, No. 2. P. 8–13.

8. Cairo F., Nieri M., Cincinelli S., Mervelt J., Pagliaro U. The interproximal clinical attachment level to classify gingival recessions and predict root coverage

outcomes: an explorative and reliability study. *J Clin Periodontol*. 2011. Vol. 38, N. 7. P. 661–666.

9. Caton J. G., Armitage G., Berglundh T., Chapple I. L., Jepsen S., Kornman K. S., ... & Tonetti M. S. A new classification scheme for periodontal and peri-implant diseases and conditions – Introduction and key changes from the 1999 classification. *J Periodontol*. 2018. Vol. 89. P. S1–S8.