

<http://dx.doi.org/10.26739/2091-5845-2019-2-24>
УДК: 616.314.17-008.1-07-08

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ АГРЕССИВНЫХ ФОРМ ПАРОДОНТИТОВ



Ризаев Ж.А., Юнусходжаева М.К.

Ташкентский государственный
стоматологический институт

Аннотация

Цель: изучение особенностей клинического течения агрессивной формы пародонтита. Материал и методы: при клиническом обследовании оценивали данные 34 пациентов с агрессивной формой пародонтита. Учитывали анамнез, жалобы пациентов, уточняя факторы, которые в каждом конкретном случае определяли возникновение агрессивного пародонтита и его течение: наследственную отягощенность, вредные привычки, анатомо-топографические особенности полости рта. Результаты: как показали наблюдения, несоответствие данных клинического обследования и рентгенологической картины у больных с агрессивной формой пародонтита приводит к поздней диагностике заболевания, что диктует необходимость использования параклинических диагностических методов (молекулярно-биологических, иммунологических), чрезвычайно полезных и весьма информативных для ранней диагностики АП, уточнения характера, степени активности и глубины поражения тканей пародонта. Выводы: у больных агрессивной формой пародонтита старше 35 лет с длительным течением заболевания (10 лет и более) развиваются тяжелые деструктивные изменения мягких тканей и костных структур пародонта, обусловленные частыми обострениями заболевания и неэффективностью лечения.

Ключевые слова: генерализованный пародонтит, агрессивные формы пародонтита.

Хулоса

Мазкур мақолада пародонтитларнинг агрессив шакилларини кечилишининг клиник ва рентгенологик хусусиятлари кўриб чиқилган.

Калит сўзлар: генераллашган пародонтит, пародонтитнинг агрессив шакиллари.

Annotation

This article discusses the clinical and radiological features of aggressive forms of periodontitis.

Keywords: generalized aggressive periodontitis, dental, periodontal disease

Воспалительные заболевания пародонта представляют серьезную проблему современной стоматологии в связи с большой распространенностью, сложностью диаг-

ностики, лечения и реабилитации пациентов. Наименее изученной патологией до настоящего времени остается агрессивный пародонтит (АП), при котором активное разрушение опорных тканей зубов начинается в молодом возрасте и за относительно короткий промежуток времени приводит к массивной потере зубов.

Цель исследования: изучение особенностей клинического течения агрессивной формы пародонтита.

Материал и методы

При клиническом обследовании оценивали данные 34 пациентов с АП. Учитывали анамнез, жалобы пациентов, уточняя факторы, которые в каждом конкретном случае определяли возникновение агрессивного пародонтита и его течение: наследственную отягощенность, вредные привычки, анатомо-топографические особенности полости рта. При изучении данных анамнеза отягощенная семейная наследственность в отношении заболеваний пародонта, когда заболеваниями пародонта страдали один или несколько ближайших родственников, выявлена у 20 (66,7%) пациентов с АП. Наличие такой вредной привычки как курение, неблагоприятно сказывающееся на состоянии тканей пародонта, отмечали 14 (46,7%) больных с АП. Оценивая давность развития пародонтита, 3 (10,0%) пациентов указали, что первые признаки заболевания появились у них менее 3-х лет назад, 11 (36,7%) – от 3-х до 5 лет, у 16 (53,3%) – более 5 лет.

Следует отметить, что большинство пациентов узнавали о своем заболевании уже при наличии выраженных деструктивных явлений в тканях пародонта, когда появлялась подвижность зубов. Со слов пациентов, периодически у них отмечалось обострение пародонтита, что сопровождалось появлением пародонтальных абсцессов, увеличением подвижности зубов, возникновением кровоточивости дёсен и болезненных ощущений при приеме пищи. Частота обострений в среднем составляла 1 раз в 3-4 месяца. В период обострения АП 9 (30,0%) пациентов отмечали ухудшение общего состояния организма.

Результаты исследования

Лечение пародонтита, которое заключалось в удалении зубных отложений, вскрытии абсцессов, антисептической обработке полости рта, системной антибиотикотерапии проводилось ранее у 6 (20,0%) больных АП. По мнению больных, в большинстве случаев лечение оказывалось малоэффективным, а положительный эффект был кратковременным и сохранялся не более 4-5 месяцев. Лишь 3 (10,0%) больных сообщили о том, что у них отмечались периоды ремиссии заболевания продолжительностью 6-8 месяцев.

В ходе опроса больные АП чаще всего предъявляли жалобы на кровоточивость дёсен и болезненность при чистке зубов, абсцедирование, быстрое образование зубных отложений, неприятный запах изо рта, периодически возникающее гноеотечение из пародонтальных карманов (ПК), подвижность и перемещение зубов, обнажение шеек и корней зубов и, как следствие, – повышенную чувствительность зубов к температурным и вкусовым раздражителям (табл. 1).

Как выяснилось из опроса, только 13,3% пациентов обеих групп были мотивированы на регулярный уход за полостью рта и лишь единицы были обучены технике

Таблица 1. Распределение больных в зависимости от имеющихся жалоб АП, n=34

Жалобы больных АП	Число больных, абс. (%)
Кровоточивость десен	16 (53,3)
Болезненность десен при чистке зубов	10 (33,3)
Быстрое образование зубных отложений	11(36,7)
Неприятный запах изо рта	13 (43,3)
Гноетечение из пародонтальных карманов	16 (53,3)
Подвижность зубов	17 (56,7)
Перемещение зубов	12 (40,0)
Обнажение шеек и корней зубов	12 (40,0)

чистки зубов и межзубных промежутков. Все пациенты отмечали существенное ухудшение качества жизни, так как вследствие выраженной деструкции тканей пародонта, подвижности и выпадения зубов нарушались жевательная функция и появлялись косметические дефекты зубных рядов. При осмотре полости рта были выявлены различные местные травматические факторы, причем нередко выявлялось сочетание нескольких из них (табл. 2)

Таблица 2. Распространенность местных травматических факторов у больных АП, n=34.

Местные травматические факторы	Число больных, абс. (%)
Патология прикуса	16 (53,3)
Диспозиция отдельных зубов	15 (50,0)
Диастемы, тремы	12 (40,0)
Частичные дефекты зубных рядов	13 (43,3)
Нерациональное протезирование	2 (6,7)
Нависающие края коронок, пломб	5 (16,7)
Гиперминерализация эмали, отсутствие стираемости эмалевых бугров	6 (20,0)
Множественные супраконтракты, травматические узлы	5 (16,7)
Мелкое преддверие полости рта	3 (10,0)
Низкое прикрепление уздечки верхней губы	6 (20,0)
Высокое прикрепление нижней губы уздечки	8 (26,7)
Тянущие тяжи переходных складок	8 (26,7)

Необходимо отметить, что у 18 (60,0%) пациентов с АП при осмотре не отмечалось выраженных признаков острого воспаления слизистой оболочки десневого края – гиперемии и отека. У 12 (40,0%) больных, которые обратились в период обострения, напротив, выявлены сильный отек и гиперемия десневого края, большое количество мягких зубных отложений и зубного камня, выраженная кровоточивость десен, подвижность зубов, болезненность при пальпации, пародонтальные абсцессы. При объективном обследовании у всех больных отмечалась

генерализованная потеря периодонтального прикрепления, изменение конфигурации десневых сосочков, выраженные рецессии. Тяжесть деструкции тканей пародонта на протяжении зубных рядов, как правило, была неравномерной. Наиболее существенные изменения обнаруживались в области фронтальных зубов нижней челюсти, процесс был более распространенным, выраженная деструкция тканей пародонта отмечалась как у фронтальных, так и жевательных зубов.

Несмотря на выраженную деструкцию тканей пародонта, у большинства обследованных пациентов гигиена полости рта была удовлетворительной. Необходимо отметить, что мягкий зубной налет почти всегда сочетался с зубным камнем той или иной локализации. Наибольшее количество зубных отложений отмечалось на фронтальных зубах нижней челюсти, в глубоких пародонтальных карманах, около зубов с высокой степенью подвижности и с деструкцией костной ткани в области фуркаций многокорневых зубов.

Для объективной оценки гигиенического состояния полости рта и тяжести воспалительно-деструктивного процесса в тканях пародонта была проведена индексная оценка. Суммарный индекс гигиены Green – Vermillion, учитывающий и количество зубного налета, и зубного камня, составлял в среднем $2,17 \pm 0,12$ (табл. 3).

Необходимо отметить, что у 18 (60,0%) пациентов с АП при осмотре не отмечалось выраженных признаков острого воспаления слизистой оболочки десневого края – гиперемии и отека. У 12 (40,0%) больных, которые обратились в период обострения, напротив, выявлены сильный отек и гиперемия десневого края, большое количество мягких зубных отложений и зубного камня, выраженная кровоточивость десен, подвижность зубов, болезненность при пальпации, пародонтальные абсцессы. При объективном обследовании у всех больных отмечалась генерализованная потеря периодонтального прикрепления, изменение конфигурации десневых сосочков, выраженные рецессии. Тяжесть деструкции тканей пародонта на протяжении зубных рядов, как правило, была неравномерной. Наиболее существенные изменения обнаруживались в области фронтальных зубов нижней челюсти, процесс был более распространенным, выраженная деструкция тканей пародонта отмечалась как у фронтальных, так и жевательных зубов.

Несмотря на выраженную деструкцию тканей пародонта, у большинства обследованных пациентов гигиена полости рта была удовлетворительной. Необходимо отметить, что мягкий зубной налет почти всегда сочетался с зубным камнем той или иной локализации. Наибольшее количество зубных отложений отмечалось на фронтальных зубах нижней челюсти, в глубоких пародонтальных карманах, около зубов с высокой степенью подвижности и с деструкцией костной ткани в области фуркаций многокорневых зубов.

Для объективной оценки гигиенического состояния полости рта и тяжести воспалительно-деструктивного процесса в тканях пародонта была проведена индексная оценка. Суммарный индекс гигиены Green – Vermillion, учитывающий и количество зубного налета, и зубного камня, составлял в среднем $2,17 \pm 0,12$ (табл. 3).

Таблица 3. Показатели индексной оценки состояния тканей пародонта у больных АП, M±m

Клинический показатель	M=34
Индекс гигиены Green – Vermillion	2,17±0,12
Индекс кровоточивости по Muhlemann	2,05±0,05
Глубина пародонтальных карманов, мм	6,89±0,23
Индекс подвижности зубов по Miller	1,92±0,07
Пародонтальный индекс по Russel	6,48±0,22

Степень выраженности воспаления тканей пародонта оценивали с помощью индекса кровоточивости по Miihleman. Этот индекс имеет диагностическую ценность не только для выявления начальных стадий поражения тканей пародонта, но и при выраженных деструктивных изменениях пародонтального комплекса. Среднее значение индекса кровоточивости по Miihleman составляло 2,05±0,05.

Глубина ПК у больных АП варьировала от 5 до 10 см, в некоторых случаях достигала 12 мм и более. Глубина ПК в среднем составляла 6,89±0,23 мм. При зондировании пародонтальных карманов получали серозный или гнойный экссудат, причем у 9 (30,0%) больных гнойное отделяемое из ПК отмечалось даже на фоне удовлетворительной гигиены полости рта и отсутствия признаков острого воспаления в тканях пародонта. С учетом выявленных признаков поражения тканей пародонта пародонтальный индекс Рассела у всех пациентов с АП был больше 4, что свидетельствовало о тяжелой степени поражения.

Степень распространения деструктивных изменений из тканей десны на краевые костные отделы альвеолярных отростков, а также характер, степень их активности и глубину разрушения костной ткани оценивали с помощью рентгенологического исследования. По данным ортопантомографии у всех больных АП отмечалось поражение костной основы пародонта средней и тяжелой степени, что характеризовалось практически полным исчезновением компактной пластинки, резорбцией межальвеолярных перегородок на 2/3 и более их высоты, выраженными явлениями остеопороза.

Деструктивный процесс был генерализованным, но участки деструкции имели различную глубину в разных отделах альвеолярных отростков. Необходимо отметить, что не всегда клинически определяемые глубина пародонтальных карманов, выраженность костной деструкции и степень подвижности зубов соответствовали степени выраженности воспалительно-деструктивного процесса в костной ткани пародонта, выявленной рентгенологически. У 7 (23,3%) больных АП при отсутствии жалоб, удовлетворительном гигиеническом состоянии полости рта и умеренно выраженной тяжести клинических проявлений воспалительно-деструктивного процесса в тканях пародонта рентгенологически наблюдалась выраженная активная деструкция альвеолярной кости.

Выводы

1. Несоответствие данных клинического обследования и рентгенологической картины у больных АП приводит к поздней диагностике заболевания, что диктует необходимость использования параклинических диагностических методов (молекулярно-биологических, иммуно-

логических, чрезвычайно полезных и весьма информативных для ранней диагностики АП, уточнения характера, степени активности и глубины поражения тканей пародонта.

2. У больных АП старше 35 лет с длительным течением заболевания (10 лет и более) происходят тяжелые деструктивные изменения мягких тканей и костных структур пародонта, обусловленные частыми обострениями заболевания и неэффективностью лечения.

Список литературы

1. Агафонова Е.В., Фролова Л.Б. Оптимизация комплекса лечебных мероприятий у пациентов с быстро прогрессирующим пародонтитом // Мед. альманах. – 2011. – №2. – С. 176-179.
2. Барер Г.М., Григорян С.С., Суражев Б.Ю. и др. Исследование характера патогенной микрофлоры пародонтальных карманов на этапе местной противовоспалительной терапии // Материалы Всероссийской научно-практической конференции, посвященной 105-летию со дня рождения проф. Е.Е. Платонова. – М., 2017.
3. Булкина Н.В., Моргунова В.М. Современные аспекты этиологии и патогенеза воспалительных заболеваний пародонта. Особенности клинических проявлений рефрактерного пародонтита // Фундамент. исследования. – 2012. – №2 (ч. 2). – С. 415-420.
4. Buchmann R., Nunn M.E., Dyke T.E. et al. Aggressive periodontitis: 5-year follow-up of treatment // J. Periodontol. – 2002. – Vol. 73, №6. – P. 675-683.
5. Closs L.Q., Gomes S.C., Oppermann R.V. et al. Combined periodontal and orthodontic treatment in a patient with aggressive periodontitis: 9-year follow-up report // Wld J. Orthodont. – 2010. – Vol. 11, №3. – P. 291-297.
6. Kaner D., Bemimoulin J.P., Hopfenmtiller W. et al. Controlled delivery chlorhexidine chip versus amoxicillin/metronidazole as adjunctive antimicrobial therapy for generalized aggressive periodontitis: a randomized controlled clinical trial // J. Clin. Periodontol. – 2017. – Vol. 34, №10. – P. 880-891.