

**ОСНОВНЫЕ КЛИНИЧЕСКИЕ И РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИЕ
ПРИЗНАКИ БЫСТРОПРОГРЕССИРУЮЩЕГО ПЕРИОДОНТИТА**

Якутович Н.В., Казеко Л.А.

*Белорусский государственный медицинский университет,
1-я кафедра терапевтической стоматологии, г. Минск*

Ключевые слова: *быстро прогрессирующий периодонтит, потеря прикрепления.*

Резюме. *Рассмотрены основные клинические признаки быстро прогрессирующего периодонтита в период обострения и ремиссии. Описана рентгенологическая картина локализованного и генерализованного быстро прогрессирующего периодонтита.*

Resume. *Considered main clinical signs of a rapidly progressive periodontitis in period of exacerbation and remission. Described the X-ray features of localized and generalized rapidly progressive periodontitis.*

Актуальность. На сегодняшний день в структуре стоматологических заболеваний одно из ведущих мест занимают заболевания периодонта. Это связано с их высокой распространенностью среди населения, увеличением выраженности и интенсивности течения процесса, формированием хронического одонтогенного очага инфекции и неблагоприятным его влиянием на организм.

Воспалительные заболевания периодонта нередко являются причиной потери зубов, в том числе у лиц молодого возраста, приводящей к стойким морфофункциональным изменениям в жевательном аппарате, неблагоприятно влияющим на деятельность органов пищеварительной системы, нарушающей эстетику лица, жевания и речь.

В последние десятилетия отмечен значительный рост числа заболеваний периодонта у лиц молодого возраста. В многочисленных работах подчеркивается, что у 13-16-летних подростков в 10-15% случаев диагностируют генерализованные формы гингивита и периодонтита. Развитие и течение этих заболеваний в молодом возрасте имеет свои особенности, которые необходимо учитывать при разработке схем комплексного лечения и профилактики этой патологии. Данные эпидемиологических исследований свидетельствуют также и о значительном росте числа заболеваний периодонта у лиц в возрасте от 20 до 35 лет [1].

Не смотря на то, что быстро прогрессирующие формы периодонтита встречаются гораздо реже хронических форм, это заболевание является не только значимой медицинской, но и социальной проблемой.

Впервые «агрессивный» периодонтит был описан в 1928г. как диффузная атрофия альвеолярной кости, но с тех пор данное определение претерпело ряд изменений. До недавнего времени в периодонтологии использовался термин «раноразвивающийся периодонтит», предложенный в 1989г. Американской академией периодонтологии и в 1993г. Первой Европейской рабочей комиссией по периодонтологии как общий для группы заболеваний, включающей

препубертатный, ювенильный и быстро прогрессирующий периодонтит взрослых. В 1999г. раноразвивающийся периодонтит был классифицирован как «агрессивный».

Термин «быстро прогрессирующий периодонтит» был впервые использован А. Grawford в 1975 г. для описания высокоактивного очагового поражения периодонта, причем степень деструкции не коррелировала с количеством зубных отложений и возрастом пациента, а проводимое лечение не всегда было успешным[2].

Микробный фактор является одним из определяющих в развитии быстро прогрессирующего периодонтита. По мере развития микробной биопленки, в ней увеличивается количество грам- анаэробов – формируется так называемый «красный комплекс». Эти микроорганизмы обладают специфическими факторами вирулетности, высокопатогенны и устойчивы к механизмам иммунной защиты. К ним относятся *Porphyomonas gingivalis* и *Actinobacillus actinomycetemcomitans* (*Aggregatibacter actinomycetemcomitans*), обладающие целым набором специфических факторов вирулетности, благодаря которым они устойчивы к используемым в наше время методам лечения.

Основными факторами вирулетности этих микроорганизмов являются специфические лейкотоксины, эндотоксины, цитотоксины и целый комплекс протеолитических ферментов, облегчающих инвазию в ткани периодонта.

Важную роль в патогенезе заболевания играет повышенная экспрессия медиаторов воспаления в ответ на внедрение липополисахаридов бактерий, что запускает каскад воспалительных реакций, который ведет к патологическим изменениям микроциркуляции и деструкции тканей периодонта (рисунок 1).



Рис. 1 – Патогенез быстро прогрессирующих форм периодонтита

Необходимо отметить, что эти анаэробные микроорганизмы обнаруживаются у всех людей, однако только у некоторых из них заболевания периодонта приобретают быстро прогрессирующее течение. Это связано с изменениями в иммунологической реактивности организма, обусловленными нарушениями процессов фагоцитоза, хемотаксиса, дефектами структуры лимфоцитов.

Поэтому патогенез быстро прогрессирующего периодонтита является многофакторным процессом, зависящим не только от вирулетности

микроорганизмов, но и от изменений иммунологической реактивности организма, что и определяет агрессивное течение заболевания.

Быстро прогрессирующий периодонтит – специфический тип патологии с определенными клиническими и рентгенологическими признаками, отличающими его от хронического периодонтита взрослых.

Цель исследования: определить клинические и рентгенологические критерии быстро прогрессирующего периодонтита.

Задачи:

1. Выявить клинические признаки быстро прогрессирующего периодонтита, используя основные методы клинической диагностики, определить наиболее информативные из них.

2. Установить особенности рентгенологической картины при локализованной и генерализованной формах быстро прогрессирующего периодонтита.

Материал и методы.

1 Клиническое обследование пациентов ГУ «Республиканская клиническая стоматологическая поликлиника в возрасте 18-25 лет с быстро прогрессирующим периодонтитом (осмотр, изучение биологической пленки (упрощенный индекс Грина-Вермиллиона (ОНИ-S, 1964)), определение степени воспаления десны (десневой индекс (GI) Loe, Silnes 1963), степени деструкции тканей периодонта: глубина зондирования, утеря прикрепления (Loss of attachment index);

2 Рентгенологическое обследование (определение типа и степени тяжести резорбции костной ткани) на основе данных ортопантомограмм пациентов ГУ «РКСР»;

Отметим, что наиболее информативным клиническим методом является измерение глубины зондирования и утери прикрепления.

Для этих целей существует целый набор периодонтальных зондов, отличающихся своей формой и маркировкой. Также предложены зонды для определения степени вовлечения фуркации в патологический процесс. Наиболее точные и визуализируемые измерения получаются при использовании электронных зондов.

Для регистрации глубины зондирования используются специальные карты, в которых можно зафиксировать 6 измерений с вестибулярной и оральной стороны каждого зуба.

Важным моментом является постоянная регистрация глубины зондирования, так как динамика ее изменения указывает на активность течения патологии.

Для рентгенологической оценки состояния тканей периодонта могут использоваться такие методы, как прицельная рентгенография, панорамная рентгенография, компьютерная томография, но наиболее распространенной и относительно безопасной является ортопантомография.

Результаты и их обсуждение. Клиническая картина отличается в периоды обострения и ремиссии. Пациент соматически здоров.

В период ремиссии: хорошая или удовлетворительная гигиена полости рта (ОИ-S=1,97±0,05%); десна внешне здоровая, без ярких признаков воспаления (GI=0,76±0,02%); глубокие периодонтальные карманы и утеря прикрепления (LA «1»=8,97±2,77%).

В период обострения: гигиена может ухудшиться, наблюдается активное воспаление десны, кровоточивость, выделение гнойного экссудата, активная убыль кости и утрата прикрепления, с различной степенью вовлечения фуркации.

Отметим, что в различных клинических ситуациях, а также в период ремиссии – наиболее информативными клиническими признаками быстро прогрессирующего периодонтита является прогрессирующая утеря прикрепления, а также увеличение глубины зондирования при внешнем благополучии тканей периодонта – нормальной гигиене полости рта, отсутствии воспаления в десне.

Распространенность быстро прогрессирующих форм периодонтита среди пациентов ГУ РКСП по данным ортопантограмм составила 11,67%.

Рентгенологическая картина локализованного быстро прогрессирующего периодонтита характеризуется «дугообразным» зеркальным рентгенопрозрачным отображением в области первых моляров.

Для генерализованного быстро прогрессирующего периодонтита характерен вертикальный или комбинированный тип деструкции костной ткани, с вовлечением в процесс более трех зубов помимо первых моляров и резцов.

Баланс в системе периодонта в условиях воспаления поддерживается тонким равновесием между продукцией и экспрессией, активацией и торможением про- и противовоспалительных цитокинов. Одни обеспечивают мобилизацию воспалительного ответа, другие ограничивают развитие воспаления, поэтому окончательный диагноз ставится в соответствии результатами иммуногистохимического исследования с учетом общего состояния пациента.

Выводы:

1 Основными клиническими показателями, характеризующими состояние тканей периодонта при быстро прогрессирующем периодонтите являются измерение глубины зондирования и утери прикрепления;

2 Рентгенологически такие процессы подтверждаются типом и степенью деструкции альвеолярной кости, распространенность их среди пациентов ГУ РКСП составила 11,67%.

Литература

1. Безрукова, И. В. Микробиологические и иммунологические аспекты этиопатогенеза быстро прогрессирующего периодонтита [Текст]* / И. В. Безрукова // Пародонтология. – 2000. – № 3. – С. 3-6.

2. Казеко, Л. А. Быстро прогрессирующие процессы в тканях периодонта. Часть 1: этиопатогенез, клиника [Текст]* / Л. А. Казеко // Современная стоматология. – 2014. – № 2. – С. 24-27.