

Н. В. Якутович

**КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНАЯ ДИАГНОСТИКА
БЫСТРОПРОГРЕССИРУЮЩЕГО ПЕРИОДОНТИТА**

Научный руководитель канд. мед. наук, доц. Л. А. Казеко

1-я кафедра терапевтической стоматологии,

Белорусский государственный медицинский университет, г. Минск

Резюме. Рассмотрены основные клинико-лабораторные и рентгенологические признаки быстро прогрессирующего периодонтита.

Ключевые слова: быстро прогрессирующий периодонтит, глубина зондирования.

Resume. Considered main clinical and X-ray signs of a rapidly progressive periodontitis, described role of a pro- and anti-inflammatory cytokines in the development of periodontal diseases.

Keywords: rapidly progressive periodontitis, loss of attachment.

Актуальность. 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 формируется так называемый «красный комплекс», содержащий микроорганизмы, обладающие специфическими факторами вирулентности, высокопатогенные и устойчивые к механизмам иммунной защиты. К ним относятся *Porphyromonas gingivalis* и *Actinobacillus actinomycetemcomitans* (*Aggregatibacter actinomycetemcomitans*), обладающие специфическими факторами вирулентности, отличающиеся наиболее высокой агрессивностью и способностью проникать в ткани периодонта, благодаря которым они устойчивы к используемым методам лечения [1].

Необходимо отметить, что эти анаэробы обнаруживаются у всех обследуемых с патологией периодонта, однако только у некоторых процесс приобретает быстро прогрессирующее течение, связанное с изменениями в организме «хозяина», обусловленные нарушениями процессов фагоцитоза, хемотаксиса, дефектами структуры лимфоцитов и т.д.

Патогенез быстро прогрессирующего периодонтита - многофакторный процесс, определяемый не только вирулентностью микроорганизмов, но и иммунным ответом организма.

Быстро прогрессирующий периодонтит – специфический тип патологии с определенными клиническими и лабораторными признаками, отличающими его от хронического периодонтита взрослых. Важную роль в патогенезе заболевания играет повышенная экспрессия медиаторов воспаления в ответ на внедрение липополисахаридов бактерий.

Быстро прогрессирующий («агрессивный») периодонтит имеет быстрое начало, характеризуется активным разрушением опорных тканей зубов у практически здоровых людей преимущественно молодого возраста, хотя признаки быстро прогрессирующего процесса в тканях периодонта могут проявляться в любом возрасте, как правило, у женщин чаще, чем у мужчин.

Цель: определить клинические, рентгенологические и лабораторные критерии быстро прогрессирующего периодонтита.

Задачи:

1. Выявить клинические признаки быстро прогрессирующего периодонтита, используя основные методы клинической диагностики.

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

3. Определить биологические маркеры быстро прогрессирующих процессов в периодонте.

Материал и методы. 1. Клиническое обследование пациентов с быстро прогрессирующим периодонтитом (осмотр, определение гигиены полости рта, определение степени воспаления десны, оценка степени деструкции тканей периодонта: глубины зондирования, утери прикрепления);

2. Рентгенологическое обследование (тип и степень тяжести резорбции костной ткани);

3. Морфологическое исследование биоптата.

Наиболее информативным клиническим методом является измерение глубины зондирования и утери прикрепления.

Для этого существуют целые наборы 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.

Поскольку даже на тяжелой стадии заболевания ткани периодонта могут выглядеть здоровыми, необходимо тщательно зондировать каждую десневую борозду или карман для определения наличия патологии. Периодонтологическое обследование считается неполным, если не произведена его графическая запись.

Для регистрации глубины зондирования используются специальные карты, в которых можно зафиксировать шесть измерений с вестибулярной и оральной стороны каждого зуба. Таким образом формируется целостная картина, отображающая клиническое состояние тканей периодонта у конкретного пациента на момент обследования.

Важным является постоянная регистрация глубины зондирования, так как динамика ее изменения указывает на активность течения патологии и эффективность проводимого лечения.

Результаты и их обсуждение. Клиническая картина отличается в периоды обострения и ремиссии (таблица 1). Пациент соматически здоров.

Таблица 1. Клиническая картина при быстро прогрессирующем периодонтите

Период ремиссии	Период обострения
Хорошая или удовлетворительная гигиена полости рта Десна внешне здоровая, без ярких признаков воспаления Глубокие периодонтальные карманы и утеря прикрепления	Гигиена может ухудшиться Активное воспаление десны, кровоточивость Выделение гнойного экссудата Активная убыль кости и утрата прикрепления Различная степень вовлечения фуркации

Рентгенологическая картина локализованного быстро прогрессирующего периодонтита характеризуется «дугообразным» зеркальным рентгенопрозрачным отображением дефекта в области первых моляров, начиная с дистальной

поверхности второго премоляра до медиальной стороны второго моляра.

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 (рисунок 1).



Рисунок 1 – Баланс в системе про- и противовоспалительных цитокинов

Поэтому, иммуногистохимическое исследование с использованием моноклональных антител на каждый из указанных цитокинов помогает установить их наличие и повышенную экспрессию в тканях периодонта, что, при внешне здоровых тканях периодонта и полном соматическом здоровье пациента, указывает на быстро прогрессирующее течение заболевания.

Выводы:

1. Основными клиническими показателями, характеризующими состояние тканей периодонта при быстро прогрессирующем периодонтите, являются измерение глубины зондирования и утери прикрепления.
2. Рентгенологически такие процессы проявляются вертикальным или комбинированным типом деструкции альвеолярной кости.
3. Лабораторная диагностика быстро прогрессирующего периодонтита основана на изучении основных биологических маркеров заболевания.

N. V. Yakutovich

CLINICAL AND LABORATORY DIAGNOSTICS OF RAPIDLY PROGRESSIVE PERIODONTITIS

Tutor Associate professor L. A. Kazeko

*1st Department of Therapeutic Dentistry,
Belarusian State Medical University, Minsk*

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.