

КЛИНИКО-РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА БЫСТРОПРОГРЕССИРУЮЩЕГО ПЕРИОДОНТИТА

Казеко Л. А.

*УО «Белорусский государственный медицинский университет»,
1-я кафедра терапевтической стоматологии, г. Минск, Беларусь*

Профилактика и повышение эффективности комплексного лечения болезней периодонта представляет актуальную проблему современной стоматологии. В настоящее время все чаще встречаются заболевания периодонта, имеющие «агрессивное», быстро прогрессирующее течение. Несмотря на то, что быстро прогрессирующие формы встречаются гораздо реже, чем хронический периодонтит, заболевание представляет не только медицинскую, но и социально значимую проблему, так как трудно поддается лечению с помощью традиционных методов, часто рецидивирует, отличается крайне неблагоприятным прогнозом, может приводить к утере зубов и лизису костной ткани альвеолярных отростков челюстей в относительно короткий промежуток времени.

Так уже в детском возрасте распространенность «агрессивных» форм варьирует от 0,1–0,5% в скандинавских странах до 5% в развивающихся странах [2, 3]. Тяжелый генерализованный быстро прогрессирующий периодонтит встречается у 5–15% взрослого населения [1, 2]

Заболевание, как следует из названия, имеет быстрое цикличное 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 встречается чаще, чем у мужчин.

Это специфический тип патологии с четко определенными клиническими и лабораторными признаками, отличающими его от хронического периодонтита взрослых: пациент практически здоров, происходит быстро прогрессирующая утрата прикрепления и деструкция кости, которые могут спонтанно прекратиться; состояние, как правило, предопределено генетически.

Заболевание прогрессирует с чередованием периодов разгара и ремиссии. В период ремиссии пациентов ничего не беспокоит, десна внешне здоровая, хотя при зондировании определяются глубокие периодонтальные карманы. Отсутствие видимых клинических признаков воспаления, несмотря на наличие глубоких периодонтальных карманов и прогрессирующей утраты прикрепления, у соматически здоровых молодых людей является классическим признаком быстро прогрессирующего процесса. Зондирование должно проводиться с использованием специальных калиброванных зондов в шести участках каждого зуба. Период ремиссии может продолжаться несколько недель, месяцев или даже лет с периодическими обострениями заболевания.

В период обострения происходит утрата альвеолярного прикрепления и активная деструкция кости, характерны клинические признаки воспаления десны от легкой до тяжелой степени, кровоточивость десны при зондировании или даже спонтанная кровоточивость, выделение гнойного экссудата. Большинство пациентов, как правило, обращаются за помощью именно в этот период. На данной стадии может произойти спонтанная ремиссия, после чего активность процесса и симптомы воспаления ослабевают. Если не проводится соответствующее лечение, то на более поздних стадиях вместе с тяжелой степенью деструкции костной ткани, наблюдается патологическая подвижность и миграция зубов, вовлечение в процесс фуркации зубов, генерализованная рецессия десны и утрата нескольких зубов.

Рентгенологически определяется генерализованная резорбция костной ткани, которая варьирует в пределах от умеренной резорбции костного гребня до серьезного обширного разрушения альвеолярной кости в зависимости от тяжести заболевания. Дефекты могут представлять собой комбинацию горизонтального и вертикального типов резорбции костной ткани.

Заключение. Таким образом, ранняя диагностика имеет первостепенное значение для предотвращения обширной утери прикрепления и утраты кости в ситуации быстро прогрессирующего процесса. Диагноз ставится в соответствии с установленными критериями и состоянием пациента, с учетом данных анамнеза (семейный анамнез может выявить раннюю потерю зубов у родителей или близкородственных родственников); клинического и рентгенологического обследования (количество микробных отложений не коррелирует со степенью тяжести процесса, как при хроническом периодонтите; сопоставление серии рентгенограмм позволяет оценить скорость деструкции кости), дополненных, при необходимости, лабораторными исследованиями (повышено количество периопатогенов *Actinobacillus actinomycetemcomitans*, *Aggregatibacter actinomycetemcomitans*, *Porphyromonas gingivales*); характерны аномалии фагоцитов; гиперактивный фенотип макрофагов, определяющий повышенную продукцию простагландина E2 (PGE2) и интерлейкина (IL-1b) в ответ на бактериальные эндотоксины).

Литература.

1. Armitage, G. C. Development of a classification system for periodontal diseases and conditions / G.C. Armitage // *Ann. Periodontol.* – 1999. Vol. 4. – P. 1–6.
2. Lindle, J. *Clinical Periodontology and Implant Dentistry* / J. Lindle. – 5th edition. – Blackwell Publishing Ltd., 2008. – 1393 p.
3. Loe, H. Early onset periodontitis in the United States of America / H. Loe, L. Brown // *J. Periodontol* – 1991. – Vol. 62. – P. 608–616.